

El libro "Manifestaciones bucales de las enfermedades sistémicas" aborda la interrelación entre la salud bucal y las condiciones sistémicas en adultos mayores. En el primer capítulo, se presentan casos de estomatitis sub-prótesis, enfatizando la importancia de la promoción y el tratamiento adecuados. El segundo capítulo se centra en fomentar actitudes y hábitos de salud bucal entre esta población. La prevalencia de enfermedades sistémicas en pacientes que reciben tratamientos odontológicos se analiza en el tercer capítulo, revelando su impacto en la salud oral. El cuarto capítulo ofrece una perspectiva epidemiológica sobre la queilitis y la promoción de hábitos saludables. El manejo clínico y farmacológico de la sialorrea se detalla en el quinto capítulo, mientras que el sexto aborda las lesiones bucales inflamatorias relacionadas con prótesis removibles. Finalmente, el séptimo capítulo explora cómo las variables sociodemográficas y clínicas afectan la dimensión vertical, ofreciendo una visión integral de los desafíos en la atención dental para adultos mayores.

Colectivo de autores



ETECAM

Editorial Tecnocientífica Americana



9 780311 000845

MANIFESTACIONES bucales de las ENFERMEDADES sistémicas

ETECAM

MANIFESTACIONES bucales **de las** **ENFERMEDADES sistémicas**

Colectivo de autores





Manifestaciones bucales de las enfermedades sistémicas.

Diseño: Ing. Erik Marino Santos Pérez.

Traducción: Prof. Dr. C. Ernan Santiesteban Naranjo.

Corrección de estilo: Prof. Dra. C. Leydis Iglesias Triana.

Diagramación: Prof. Dr. C. Ernan Santiesteban Naranjo.

Director de Colección Ciencias sociales: Prof. Dr. Carmen Patricia Tello Aguilar.

Jefe de edición: Prof. Dra. C. Kenia María Velázquez Avila.

Dirección general: Prof. Dr. C. Ernan Santiesteban Naranjo.

© [Colectivo de autores](#)

Sobre la presente edición:

Primera edición

Esta obra ha sido evaluada por pares académicos a doble ciegos

Lectores/Pares académicos/Revisores: 0012 & 0088

Editorial Tecnocientífica Americana

Domicilio legal: calle 613sw 15th, en Amarillo, Texas. **ZIP:** 79104, EEUU

Teléfono: 7867769991

Fecha de publicación: 26 de abril de 2025

Código BIC: LAQ

Código EAN: 9780311000845

Código UPC: 978031100084

ISBN: 978-0-3110-0084-5

La Editorial Tecnocientífica Americana se encuentra indizada en, referenciada en o tiene convenios con, entre otras, las siguientes bases de datos:





Índice

Resumen

Prólogo1

Capítulo 1. Promoción, prevención y tratamiento de la estomatitis sub-prótesis. Presentación de casos..... 2/18

Por: Héctor Gonzalo Guzmán Gallardo, Juan Carlos Suárez Palacios, Rolando Saez Carriera, Denisse Alexandra Arroyo Apolo, Danais Anniemari Ortega Rodríguez

Capítulo 2. Promoción de actitudes conocimientos y hábitos de salud bucal en adultos mayores19/30

Por: Rolando Saez Carriera, Héctor Gonzalo Guzmán Gallardo, Danais Anniemari Ortega Rodríguez, Denisse Alexandra Arroyo Apolo, Juan Carlos Suárez Palacios

Capítulo 3. Prevalencia de enfermedades sistémicas en pacientes reciben tratamientos odontológicos31/47

Por: Danais Anniemari Ortega Rodríguez, Rolando Saez Carriera, Héctor Gonzalo Guzmán Gallardo, Raúl Andrés Michalon Acosta, Juan Carlos Suárez Palacios

Capítulo 4. Promoción de hábitos saludables: una mirada epidemiológica de la Queilitis....48/62

Por: Rolando Saez Carriera, Héctor Gonzalo Guzmán, Danais Anniemari Ortega Rodríguez, Raúl Andrés Michalon Acosta, Juan Carlos Suárez Palacios

Capítulo 5. Manejo clínico y farmacológico de paciente con sialorrea63/77

Por: Héctor Gonzalo Guzmán Gallardo, Juan Carlos Suárez Palacios, Denisse Alexandra Arroyo Apolo, Rolando Saez Carriera, Raúl Andrés Michalon Acosta

Capítulo 6. Lesiones bucales inflamatorias su relación con el uso de prótesis removible ...78/97

Por: Héctor Gonzalo Guzmán Gallardo, Rolando Saez Carriera, Juan Carlos Suárez Palacios, Denisse Alexandra Arroyo Apolo, Raúl Andrés Michalon Acosta

Capítulo 7. Variables sociodemográficas y clínicas de la variación de la dimensión vertical98/114

Por: Rolando Saez Carriera, Héctor Gonzalo Guzmán Gallardo, Danais Anniemari Ortega Rodríguez, Raúl Andrés Michalon Acosta, Juan Carlos Suárez Palacios



Resumen

El libro "Manifestaciones bucales de las enfermedades sistémicas" aborda la interrelación entre la salud bucal y las condiciones sistémicas en adultos mayores. En el primer capítulo, se presentan casos de estomatitis sub-prótesis, enfatizando la importancia de la promoción y el tratamiento adecuados. El segundo capítulo se centra en fomentar actitudes y hábitos de salud bucal entre esta población. La prevalencia de enfermedades sistémicas en pacientes que reciben tratamientos odontológicos se analiza en el tercer capítulo, revelando su impacto en la salud oral. El cuarto capítulo ofrece una perspectiva epidemiológica sobre la queilitis y la promoción de hábitos saludables. El manejo clínico y farmacológico de la sialorrea se detalla en el quinto capítulo, mientras que el sexto aborda las lesiones bucales inflamatorias relacionadas con prótesis removibles. Finalmente, el séptimo capítulo explora cómo las variables sociodemográficas y clínicas afectan la dimensión vertical, ofreciendo una visión integral de los desafíos en la atención dental para adultos mayores.

Palabras clave: enfermedades sistémicas, casos de estomatitis sub-prótesis, promoción de hábitos saludables

Abstract

The book "Oral Manifestations of Systemic Diseases" addresses the interrelationship between oral health and systemic conditions in older adults. In the first chapter, cases of sub-prosthetic stomatitis are presented, emphasizing the importance of proper promotion and treatment. The second chapter focuses on promoting oral health attitudes and habits among this population. The prevalence of systemic diseases in patients who receive dental treatment is analyzed in the third chapter, revealing their impact on oral health. The fourth chapter offers an epidemiological perspective on cheilitis and the promotion of healthy habits. The clinical and pharmacological management of sialorrhea is detailed in the fifth chapter, while the sixth chapter addresses inflammatory oral lesions related to removable prostheses. Finally, the seventh chapter explores how sociodemographic and clinical variables affect the vertical dimension, offering a comprehensive view of the challenges in dental care for older adults.

Keywords: systemic diseases, cases of sub-prosthetic stomatitis, promotion of healthy habits.



Prologo

La cavidad bucal es la ventana al resto del cuerpo. Por tanto, la salud bucal y la salud sistémica están directamente relacionadas y el impacto de la flora bucal en la salud sistémica desempeña un papel importante.

La salud de la cavidad bucal es el reflejo de nuestra salud general pues en la aparición de alteraciones en la misma es una manifestación a distancia de cambios en el funcionamiento de los sistemas y órganos.

A través de la boca nos alimentamos y nos hidratamos, lo que supone también una puerta de entrada para bacterias que, sin una higiene adecuada, puede convertirse en un foco de infecciones y acabar extendiéndose a otras partes del cuerpo.

La importancia de atender la salud bucodental es tal, que sin los cuidados para mantenerla en buen estado, nos exponemos a enfermedades bucodentales que pueden desencadenar en enfermedades más severas o sistémicas.

La odontología debe trabajar con una misión y visión integral donde se vinculen aspectos sociales en el tratamiento de los pacientes. Muchos estudios coinciden que los pacientes acuden a recibir tratamientos odontológicos, pero no existe un seguimiento de los problemas sistémicos y viceversa.

La presente obra es un producto del trabajo colectivo de profesionales con experiencia y experticia en el abordaje multidisciplinario de las diversas problemáticas odontológicas

En su estructura permite encontrar de manera pronta y eficiente los fundamentos fisiopatológicos de padecimientos sistémicos de impacto bidireccional y contar con protocolos aseguren excelencia del tratamiento odontológico de pacientes con antecedentes médicos.



Capítulo 1. Promoción, prevención y tratamiento de la estomatitis sub-prótesis.

Presentación de casos

Héctor Gonzalo Guzmán Gallardo¹. (hector.guzmang@ug.edu.ec) (<https://orcid.org/0000-0002-6075-7107>)

Juan Carlos Suárez Palacios². (juan.suarezpa@ug.edu.ec) (<https://orcid.org/0000-0003-2909-7558>)

Rolando Saez Carriera³. (rolando.saezc@ug.edu.ec) (<https://orcid.org/0000-0002-3902-9113>)PHD

Denisse Alexandra Arroyo Apolo⁴. (denisse.arroyoa@ug.edu.ec) (<https://orcid.org/0000-0001-6749-0866>)

Danais Anniemari Ortega Rodríguez⁵. (danais.ortegar@ug.edu.ec) (<https://orcid.org/0000-0002-3293-0910>)

Resumen

La estomatitis subprótesis es una inflamación de la mucosa de soporte que está en íntimo contacto con la superficie interna de las prótesis removibles, de etiología multifactorial, que afecta ambos sexos, y se localiza con mayor frecuencia en la zona del paladar. Es uno de los tipos de candidiasis más frecuentes en la cavidad bucal. El Objetivo de estos casos clínicos es Describir la Etiopatogenia de la Estomatitis subprótesis, e implementar medidas preventivas y terapéuticas tendientes a potenciar la calidad de vida y el estado de salud oral de los pacientes. Casos clínicos: Paciente de sexo masculino de 55 años de edad, con tiempo de uso de su prótesis de 22 años. El otro caso clínico paciente de sexo femenino de 36 años de edad, con un tiempo de uso de su prótesis de más de 10 años. Ambos casos no exteriorizaban antecedentes sistémicos, poseían deficiente higiene bucal y protésica, desconocimiento total de su lesión, no presentaban

¹ Doctor, Master y Docente de la Universidad Guayaquil. Ecuador

² Odontólogo, Especialista y Docente de la Universidad Guayaquil. Ecuador

³ Especialista, Master y Docente de la Universidad Guayaquil. Ecuador

⁴ Odontóloga, Master y Docente de la Universidad Guayaquil. Ecuador

⁵ Doctora, Master y Docente de la Universidad Guayaquil. Ecuador



sintomatología, la cual según las características clínicas que exhibía, compatible con estomatitis grado II. Conclusiones: El conocimiento sobre salud bucal y la falta de controles periódicos en un paciente portador de prótesis removible, así como el tiempo y la frecuencia de uso de la prótesis dental contribuyen en la etiopatogenia de la estomatitis subprótesis.

Abstract

Sub-prosthesis stomatitis is an inflammation of the supporting mucosa that is in intimate contact with the internal surface of removable prostheses, of multifactorial aetiology, which affects both sexes, and is most frequently located in the palate area. It is one of the most frequent types of candidiasis in the oral cavity. The objective of these clinical cases is to describe the etiopathogenesis of denture stomatitis, and implement preventive and therapeutic measures aimed at enhancing the quality of life and oral health status of patients. Clinical cases: 55-year-old male patient, with 22 years of use of his prosthesis. The other clinical case was a 36-year-old female patient, with a time of use of her prosthesis of more than 10 years. Both cases had no systemic history, had poor oral and prosthetic hygiene, were totally unaware of their injury, and had no symptoms, which, according to their clinical characteristics, were compatible with grade II stomatitis. Conclusions: Knowledge about oral health and the lack of regular check-ups in a patient with a removable prosthesis, as well as the time and frequency of use of the dental prosthesis, contribute to the etiopathogenesis of denture stomatitis.

Palabras claves: Estomatitis subprótesis, lesión, candidiasis, prótesis removible

Keywords: subprosthesis stomatitis, lesion, candidiasis, removable prosthesis

Introducció

La estomatitis Subprótesis(ES) es una lesión inflamatoria, asociada al uso de las prótesis dentales, de génesis multifactorial, con mayor incidencia en el sexo femenino, y presente con mayor frecuencia en la zona del paladar 1. Según varios estudios epidemiológicos, es la de mayor prevalencia de todas las lesiones relacionadas a las prótesis removibles 2.



Resulta importante señalar que, a escala mundial, la frecuencia de esta enfermedad oscila entre 25-65 % en personas de 25 a 90 años con prótesis estomatológica 3.

Un estudio en Chile, demostró que la estomatitis subprótesis (ES), es una de las lesiones más comunes de la mucosa oral en personas mayores de 65 años (22.3 %). Alemania reveló una prevalencia del 18,3% en 65-74 años. En un estudio realizado en Teherán sobre las personas mayores de 65 años que usaban prótesis, se desarrolló la (ES) en 18.2% 4.

En otros países, se presenta una alta incidencia de (ES), algunas investigaciones acentúan que aproximadamente dos tercios de la población global las pueden padecer, y entre los 40 y 59 años de edad, los porcentajes están por arriba del 48%.5

Cabe resaltar que la prevalencia de esta lesión, es diferente en cada continente; así por ejemplo en la India se registra un 40%, en Filipinas, Taiwán y Malasia el porcentaje es aún mayor. Sin embargo, en la gran mayoría de los países occidentales estas tasas fluctúan entre el 3 y el 5% 11-12-13.

Según algunos estudios epidemiológicos, realizadas en países muy desarrollados, muestran cifras elevadas pues en Dinamarca se presenta entre el 40 y el 60%, en Japón un 43%, Brasil 56%, Finlandia 52% y Alemania 70% 6-14. Este excelso porcentaje de prevalencia se parece a lo que ocurre en la mayor parte de países latinoamericanos donde la (ES) ha aumentado significativamente, ubicándose entre 6.5 al 75% 7. Algunos investigadores atribuyen esta situación a múltiples factores entre ellos: al aumento de prevalencia de pacientes con edentulismo, aumento cada vez mayor del envejecimiento de la población y a la presencia de ciertas lesiones, muy típicas en el adulto mayor. 14-15

A diferencia de Cuba, que a pesar de contar con programas educativos y de control de atención odontológica, para este tipo de patología, llega a afectar a más del 45 % de los pacientes que utilizan prótesis dental mucosoportadas. 16

En Ecuador en una muestra de 133 adultos mayores, portadores de prótesis, se encontró que el 85% de la población de estudio, estaba afectada con (ES) 8.



Otra investigación realizada en la Universidad de Guayaquil en una muestra constituida por 145 pacientes portadores de prótesis removibles, que visitaron la clínica integral del adulto mayor de la Facultad de Odontología, se descubrió que el 58% presentaba (ES) 9.

Cabe mencionar que, en gran parte de los casos, esta lesión se muestra de forma asintomática, a su vez el paciente presenta un total desconocimiento de esta patología, y en considerables ocasiones pasa inadvertida, siendo diagnosticada por casualidad, con numerosa frecuencia al examen clínico bucal, al cual acude el paciente no por tratar la lesión, si no por otras causas 10.

Como presenta una etiología multifactorial, que no puede ser atribuida a factores concretos, pero si a un cumulo de ellos y la cándida representaría un factor sobreañadido al proceso, qué tiene a la prótesis como factor predisponente¹¹. Por esta razón existen una serie de condiciones ambientales que pueden alterar el microambiente existente en la cavidad bucal, favoreciendo la colonización e infección por cándida. Las prótesis dentales removibles son un factor elemental, ya que modifican las condiciones de la mucosa oral. Además, son consideradas un factor de riesgo y tienen gran influencia en la aparición de esta lesión.¹⁷

Clínicamente existen varios tipos de estomatitis Subprótesica, dependiendo fundamentalmente del aspecto de la mucosa inflamada, la cual en el proceso evolutivo de la enfermedad sufre modificaciones, donde puede variar la gravedad inflamatoria e incorporarse cambios proliferativos en sus etapas más avanzadas 18. Esta lesión se divide, de acuerdo a la clasificación de Newton, en tres tipos:

- Tipo I: se caracteriza por una inflamación localizada.
- Tipo II: se aprecia una inflamación difusa con la mucosa hiperémica, lisa y atrófica en toda el área cubierta por la prótesis.
- Tipo III: hay presencia granular con aspecto nodular del área debajo de la prótesis.²³ Presentando afecciones crónicas, ubicadas en el centro del paladar.

Las estomatitis tipo II y III se relacionan con la presencia de placa tanto fúngica como bacteriana.⁴⁻¹⁹. Siendo los tipos I y II las más frecuentes.



Es muy importante que el profesional de estomatología tenga conocimiento de esta enfermedad para diagnosticarla, identificarla y prevenirla, más aún si existe una relación directa entre estas lesiones y las prótesis dentales, lo que puede incidir de manera significativa en la presencia de lesiones pre malignas y malignas 20.

Debemos señalar que es trascendental que el paciente sea examinado a tiempo y la enfermedad se diagnostique de forma eficaz, para lograr una reducción significativa de la morbilidad y mortalidad, e incrementar la curación y supervivencia de los pacientes. Y así mejorar su cavidad bucal, salud general, y por ende potenciar su calidad de vida 21.

Algunos investigadores mencionan protocolos para pacientes con (ES), en los que señalan, que deben identificar el estado de la mucosa y el tipo de (ES), que deberá ser tratada según el factor etiológico, ya sea eliminando el factor mecánico (prótesis mal ajustadas), o el factor biológico (infección específica por *C. Albicans*), según corresponda.22

Se sugiere que el paciente previo a la alta protésica deberá firmar un documento de satisfacción con el tratamiento otorgado. Otros mencionan y dan énfasis a los principales factores predisponentes en la aparición de esta enfermedad. De ahí la importancia de realizar acciones educativas que permitan disminuir la presencia de dicha afección.24

El tratamiento homeopático de la (ES) en los adultos mayores, puede considerarse un coadyuvante al protocolo convencional. Consiste en retirar la prótesis dental causante de la alteración en las noches para que la mucosa palatina se recupere de la presión que ejerce la prótesis durante un periodo de tiempo de 15 días, usando medicamentos homeopáticos que modifican, alivian o curan la enfermedad por sus múltiples posibilidades terapéuticas, siendo capaces de reactivar la energía vital y estimular la hemostasia y procesos naturales de curación.25

Debemos recalcar que el Tratamiento quirúrgico se aplica a personas con (ES) grado III, dicha alteración aparece con más frecuencia en el surco gingival, zona del paladar, tras un constante traumatismo de una prótesis dental mal adaptada. 25. También existen otros tratamientos alternativos para la (ES) a base de láser, te de vicmag, oleozón, enjuagatorios de aloe vera e inclusive tratamientos con antimicóticos y clorhexidina.



Por lo expuesto con anterioridad, nuestro objetivo en este reporte de casos clínicos es describir la Etiopatogenia de la Estomatitis subprótesis, e implementar medidas preventivas y terapéuticas tendientes a potenciar la calidad de vida y el estado de salud oral de los pacientes.

Reportes de casos clínicos

- Reporte de caso clínico # 1

Se presenta en Julio del año 2022 al servicio de la Clínica integral del adulto mayor de la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil, paciente masculino de 55 años de edad, natural de Guayaquil (Alborada), de estado civil casado, profesional, sin presentar antecedentes sistémicos ni familiares. Expresando como motivo de consulta “Quiero realizarme una nueva prótesis, me molesta mucho la que uso, además es muy antigua “.

Al realizar el examen clínico bucal se observó un paciente con edentulismo parcial clase III de Kennedy modificación 2, presencia de placa bacteriana, calculo dental (gingivitis), prótesis fija desde la pieza dental 11 a la 23, retracción gingival en la pieza dental #46 y restauraciones defectuosas. A nivel de los rebordes alveolares superiores se halló una mucosa eritematosa, hiperplásica, también inflamación y enrojecimiento difuso en la zona del paladar, compatible con estomatitis Subprótesica grado II. No presentaba ardor, ni dolor, que en algunos casos es una característica de esta lesión, por ende, el paciente desconocía que la ostentaba, la cual fue una sorpresa no muy agradable en el momento de comunicar y mostrar mediante la foto de su cavidad bucal la lesión que padecía.



Figura #1: Estomatitis subprótesis (grado II)



Fuente: (Guzmán Gallardo 2022)

Mediante el interrogatorio, se realizó la recolección de datos en una ficha previamente elaborada, se obtuvo datos importantes sobre la etiología de la lesión, obteniendo como resultado que la frecuencia de uso de la prótesis era de día y noche, es decir la mucosa no tenía el respectivo descanso, algo muy necesario en estos casos, el tiempo de uso de la prótesis era de 22 años, es decir se había extendido su tiempo de uso, cuando lo aconsejable según algunos investigadores, en el caso de las prótesis metálicas es de 8 años.

Además, estaba desajustada, diseño incorrecto, la higiene de la prótesis era deficiente, la anatomía oclusal de las piezas artificiales no conservada y con mala higiene bucal. Adicional a esto el paciente desconocía que tenía que realizarse un control periódico después de la adaptación de la prótesis, de su tiempo de uso y el manejo de ellas. Todos



estos cúmulos de factores, más las características clínicas que presentaba, determinaron la presencia de una estomatitis Subprótesis grado II.

Se realizó el protocolo respectivo para este caso, comenzando con el retiro inmediato de la prótesis, la cual, por el tiempo de uso, más la deficiente higiene, requería de inmediato hacerlo. Se realizó una prótesis inmediata o provisional, hasta elaborar la definitiva y se le recomendó también que mejore su higiene bucal.

Se inició el tratamiento respectivo con un raspaje y alisado radicular de las piezas presentes en boca, se le dio instrucciones de higiene bucal y se le recomendó usar un cepillo manual de cerdas suave, así como enjuagatorios con clorhexidina al 0.12% dos veces al día, durante 1 minuto y solo por 2 semanas. Se le prescribió Nistatina tópica aplicar en la zona afectada 3 veces al día, adicionando a esto el Fluconazol en tabletas de 50mg una al día por 14 días 26-27.

Figura #2: Etapas del tratamiento. Caso #1



7 días de tratamiento

11 días de tratamiento

14 días de tratamiento

Fuente: (Guzmán Gallardo 2022)

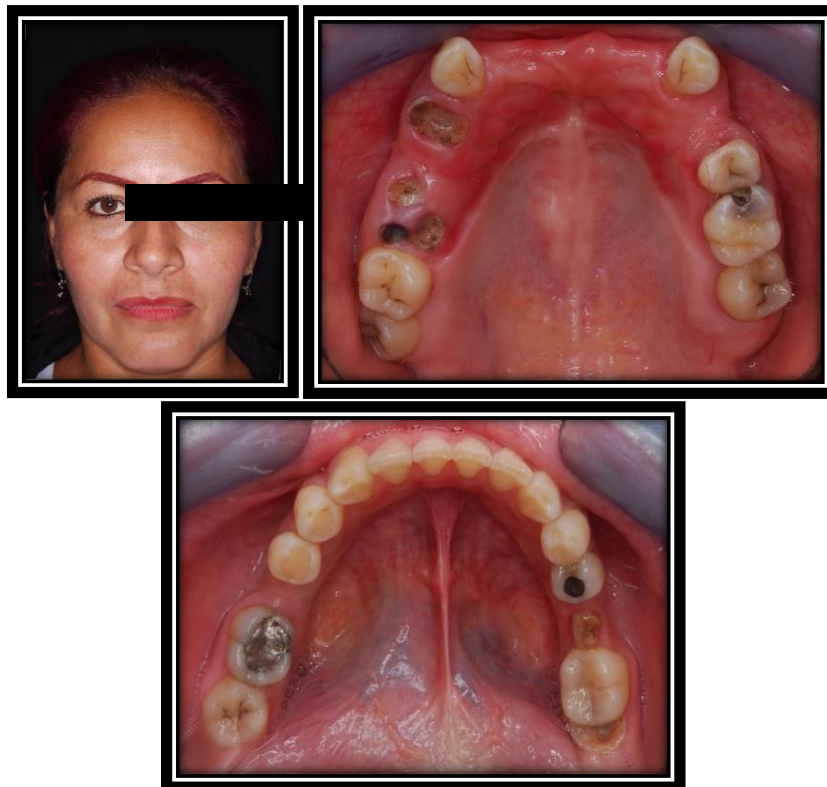


Se realizaron los controles respectivos a los 7,11 y 14 días, observándose a los 7 días una ligera evolución de la lesión. Terminado el tratamiento más las indicaciones recomendadas al paciente, se observó un progreso muy favorable, e inmediatamente se inició la confección de la prótesis definitiva.

- Reporte de caso clínico # 2

Acude en Julio del año 2022, al servicio de la Clínica integral del Adulto mayor de la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil, paciente femenino de 36 años de edad, natural de Duran, de estado civil casada, auxiliar de enfermería, sin presentar antecedentes sistémicos ni familiares. Expresando como motivo de consulta “Quiero colocarme los dientes que me faltan, además la placa me queda floja “. Se le realizó el examen clínico bucal, y se observó, un paciente con edentulismo parcial clase III de Kennedy con modificación 2, presencia de placa bacteriana, caries dental, restos radiculares. También una inflamación difusa, enrojecimiento de la mucosa con definida demarcación de la prótesis en la zona del paladar, compatible con estomatitis grado II. Cabe resaltar que la paciente desconocía la presencia de esta lesión, además no presentaba ninguna sintomatología.

Figura #3: Estomatitis subprótesis (grado II).



Fuente: (Guzmán Gallardo 2022)

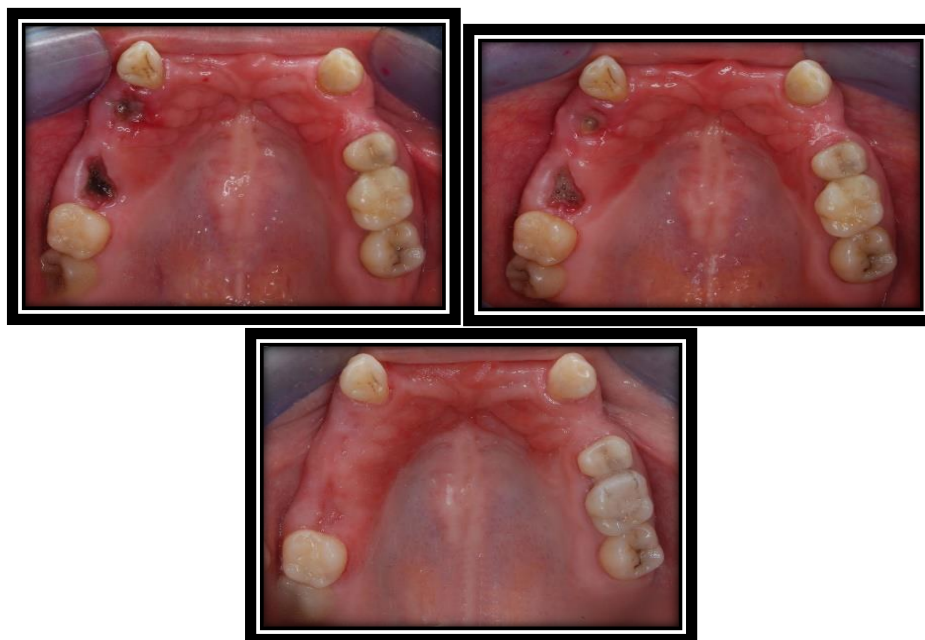


Se realizó la respectiva historia clínica y mediante una ficha previamente elaborada se obtuvo datos importantes sobre la etiología de la lesión. La paciente utilizaba la prótesis acrílica durante las 24 horas al día, es decir no tenía el respectivo descanso mucoso, el tiempo de uso de la prótesis estaba excedido, es decir la utilizaba por más de 10 años, además diseñada de forma incorrecta, anatomía oclusal de las piezas artificiales no conservada, con mala higiene y desajuste protésico, complementado con un régimen de cepillado de una vez al día. Cabe mencionar que la paciente desconocía que debía realizarse los respectivos controles periódicos después de la adaptación de la prótesis, del tiempo de uso y preservación de las mismas. Todos estos factores desencadenaron en la presencia de la lesión.

Se realizó el mismo protocolo que el caso anterior, comenzando con el retiro inmediato de la prótesis, la cual, por el tiempo de uso, adicionando a estos la deficiente higiene, requería de inmediato hacerlo. Se elaboró una prótesis inmediata, hasta elaborar la definitiva y se le recomendó también que mejore su higiene bucal.

Se inició el tratamiento respectivo con una profilaxis dental, exodoncia de los restos radiculares, restauraciones y se le recomendó usar un cepillo manual de cerdas suave, así como enjuagatorios con clorhexidina al 0.12% dos veces al día, durante 1 minuto. Se le prescribió Nistatina tópica aplicar en la zona afectada 3 veces al día y Fluconazol en tabletas de 50 mg una vez al día. Todo el tratamiento por 14 días.

Figura #4: Etapas del tratamiento. Caso #2



7 días

14 días

21 días

Fuente: (Guzmán Gallardo 2022)



Se realizaron los controles respectivos a los 7,11 y 21 días, complementando al tratamiento con normas de higiene oral y el respectivo descanso mucoso, observándose después de 14 días, notable mejoría en su mucosa, cambio de la tonalidad y disminución de la inflamación en la zona del paladar. Es importante señalar que el paciente menciona, que no se tomaba la medicación como se le había indicado, lo que prolongo una semana más el tratamiento. Sin embargo, se logró restablecer la mucosa y eliminar la lesión de manera satisfactoria, en aproximadamente 21 días.

Cabe resaltar que existen otros tratamientos alternativos para la (ES), a base de Oleozón, colutorios de aloe, homeopáticos y laserterapia¹⁷, que también demuestran una eficacia como el presentado en este caso, sin embargo, nos decidimos por el tratamiento descrito anteriormente por su efectividad comprobada y accesibilidad de los fármacos, en la atención de pacientes que asisten a la clínica integral del adulto mayor de la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil.

Discusión

La estomatitis subprótesis, se caracteriza por ser una lesión inflamatoria, de etiología multifactorial, ubicada de preferencia en la zona del paladar, rara vez en la mandíbula a nivel de los rebordes alveolares, produciendo una alteración de la mucosa bucal²⁸. Cabe resaltar que es la manifestación oral más comúnmente encontrada en paciente portadores de prótesis removibles y afecta a uno de cada tres individuos que la usan³⁴.

Algunas investigaciones, demuestran que los cambios morfológicos y funcionales en la cavidad bucal, más la acumulación de biofilm durante el envejecimiento, aceleran la aparición de la (ES), que se desmejora en pacientes que presentan enfermedades sistémicas, y que son potencialmente sensibles a presentar esta lesión .²⁹⁻³⁰⁻³¹⁻³²⁻³³

Varios estudios coinciden que la (ES) es de etiología multifactorial, y entre los causas más comunes tenemos, los factores locales como la deficiente higiene bucal y protésica, la inadecuada elaboración y diseño de la prótesis, mala adaptación, desajuste protesico,desgaste físico de la misma con la consecuente acumulación de placa bacteriana, e inclusive el uso continuo de la



prótesis sin el respectivo descanso mucoso²⁸. Todos estos cúmulos de factores sumando a esto la aspereza de las prótesis especialmente las de tipo acrílico, desencadena la presencia de esta lesión y de *Candida albicans*, principal hongo presente en esta patología. Estos resultados coinciden con los encontrados en estos casos clínicos, en la que existe una íntima relación entre las prótesis removibles y la (ES). Otros estudios destacan factores relevantes que relacionan a esta patología con la edad, sexo y ciertos hábitos como fumar o beber.

En relación a los Factores sistémicos, han destacado ciertas enfermedades como la diabetes mellitus, hipotiroidismo, además factores dietéticos, deficiencia de hierro, e inclusive el uso de antibióticos³⁵⁻³⁶⁻³⁷. Vale destacar que los casos clínicos de este estudio no presentaban ningún antecedente sistémico.

En referencia a la sintomatología de la (ES), muchos estudios coinciden que, en la mayor parte de los casos, no presentan síntomas, salvo raras excepciones, y solo es diagnosticada cuando el paciente asiste a la consulta dental por otras causas¹¹. Esto tiene concordancia con los casos clínicos presentados en este estudio, en ambos casos, presentaron ausencia de síntomas.

Entorno al tratamiento de la (ES), algunas bibliografías consultadas, mencionan que existen diferentes alternativas terapéuticas, especialmente los basados en antifúngicos que pueden ser tópicos o sistémicos, los cuales han evolucionado considerablemente, por ello es fundamental, el conocimiento de estos en la práctica odontológica³. Adicional a esto enjuagues con Gluconato de clorhexidina al 12%, y aplicación de Nistatina en el área afectada. Este tratamiento guarda relación con el utilizado en estos casos clínicos.

Los casos clínicos presentados, por su inflamación, enrojecimiento y demarcación del contorno de la prótesis y zona difusa hiperémica en los tejidos de soporte corresponde a una (ES) grado II. El tratamiento de esta lesión es variado y está basado de acuerdo al grado de la lesión.

En ambos casos clínicos, se pudo evidenciar, que la falta de controles periódicos, deficiente higiene bucal y protésica, añadiendo a esto el total desconocimiento de esta lesión por parte de los pacientes, más la falta de instrucción sobre normas de higiene bucal, y sobre el tiempo de uso de la prótesis, contribuyeron notablemente en la presencia de ésta. Inclusive si no era tratada con



oportunidad podía llegar a una estomatitis grado III, y convertirse en un proceso con antecedentes pre-malignos a malignos, afectando la calidad de vida del paciente, de la cual se lograron resultados muy satisfactorios, de cómo llegó la lesión. Esto presenta concordancia con los diferentes estudios realizados sobre la etiopatogenia de esta lesión¹¹⁻¹⁷

Conclusiones

El conocimiento sobre salud bucal, por parte de los pacientes incidió de manera significativa en la presencia de esta lesión.

También podemos mencionar que, en ambos casos, la falta de sintomatología de la lesión, contribuyó notablemente en la presencia de esta.

La falta de controles periódicos en un paciente portador de prótesis removible, deficiente higiene bucal y protésica, así como el tiempo y la frecuencia de uso de la prótesis dental, contribuyen en la etiopatogenia de la estomatitis subprótesis.

Referencias

1. Vázquez De León, A. P. (8 de NOV-DICIEMBRE de 2017). Caracterización de pacientes portadores de estomatitis subprótesis. *MediSur*, 15(6), 792-799. doi:1727-897X2017000600007&lng=es&tlng=es.
2. Guzmán H, S. J. (2017). Prevalencia de Lesiones de la Cavidad Oral relacionadas al uso de Prótesis Removibles. En F. d. Odontología, & D. d. Odontología (Ed.), 1er Congreso Internacional de Investigación y Producción Científica en el Campo de la Estomatología (septiembre 2017 ed., págs. 205-211). Guayaquil, Guayas, Ecuador: Universidad de Guayaquil. doi:978-9978-59-140-6
3. Estrada, Gladys. et al. (2017). Diagnóstico clínico de pacientes con estomatitis subprótesis portadores de aparatología protésica. *MEDISAN*, 21(11). Recuperado el 21 de enero de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017001100006&lng=es.
4. Riveron. L., et al. (2018). Estomatitis subprotésica asociada a candida: Revisión literaria. Universidad Finis Terrae Facultad de Odontología Escuela de Odontología.



5. Bui FQ, Almeida-da-Silva CLC, Huynh B, Trinh A, Liu J, Woodward J, et al. Association between periodontal pathogens and systemic disease. *Biomedical Journal*. febrero de 2019;42(1):27–35.
6. Razo SAÁ, Rosero KAV. Prevalencia de enfermedades sistémicas en pacientes sometidos a extracciones simples. *Dominio de las Ciencias*. 2017;3(3):470–86.
7. Astorga R, Nicole N. Prevalencia y manejo de estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis removibles, Universidad Andrés Bello sede Concepción. 2012-2015 [Internet] [Thesis]. Universidad Andrés Bello; 2015 [citado 24 de junio de 2020]. Disponible en: <http://repositorio.unab.cl/xmlui/handle/ria/2747>
8. Flores A. (2017). Prevalencia de Estomatitis Subpròtesica en la mucosa bucal de pacientes con prótesis total superior, pertenecientes al centro de referencia Manuela Sàenz periodo 2016 Universidad Central del Ecuador.
9. Holguin, A. ... (2019). Prevalencia de Estomatitis Subpròtesica. Trabajo de Titulaciòn, Universidad de Guayaquil, Guayaquil. Recuperado el 20 de enero de 2022, de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/44208/1/HOLGUINariana.pdf>
10. Barragàn. (2019). Tratamiento de la Estomatitis subpròtesica en el Adulto mayor. Guayaquil: Universidad de Guayaquil. Recuperado el 6 de enero de 2022, de repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/40050/1/BARRAGANxiomara.pdf
11. Ramírez Carballo María Maricelis, Gómez Berenguer Rosa María, Bravet Rodríguez Adrian, Reyes Fonseca Alfredo Luís, Salso Morell Rene Abel. Algunos factores de riesgo asociados a la estomatitis subprótesis. *Multimed* [Internet]. 2019 Abr [citado 2022 Feb 01]; 23 (2): 207-219. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000200207&lng=es.
12. Milanés Sosa Y, Téllez Velázquez YL, Velázquez Zamora RM, Ramírez Tamayo M. Ozonoterapia en la estomatitis subprótesis, 2016. *Multimed* 2017; 21(3): 241-260.
13. Ramón Jiménez R, Montoya Rey M, Hechavarría Martínez BO, Norate Plumier A, Valverde Ramón C. Caracterización de adultos mayores con lesiones bucales premalignas y malignas. *Medisan* 2015; 19(6): 730-737.



14. Yerbabuena Guamán D. (2022) Estomatitis Subprótesis en pacientes con enfermedades sistémicas (Tesis de Grado) Universidad Nacional de Chimborazo. Riobamba, Ecuador. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/8541>.
15. OMS (2021) Envejecimiento y salud- WHO (World Health Organization)
16. Peñuela Munévar R. (2020). La Salud Bucal es un privilegio de la clase social. Trabajo de Grado para Optar por el Título de Especialista en Salud Familiar y Comunitaria. Universidad El Bosque Facultad de Medicina Especialización en Salud Familiar y Comunitaria Bogotá.
17. Guzmán, H. et, al. (2018). Estomatitis Subprótesis: Un Enemigo Silencioso. Reporte de caso clínico. Memorias del II Congreso internacional de investigación y producción científica en el campo de la Odontología, 77-83. Universidad de Guayaquil. Recuperado 10 de febrero 2022.
18. Guzmán , H. et, al. (julio-diciembre de 2019). Lesiones bucales como factores de riesgo en pacientes portadoresde prótesis removible. (D. d. UOD, Ed.) Universidad Odontológica Dominicana, 2. ISSN: 2409-5400.
19. Donohue et al. (24 de noviembre de 2017). Frecuencia de lesiones orales y variantes de lo normal en pacientes del Departamento de Estomatología. A D M, 6(74), 298-302. Recuperado el 10 de febrero de 2022, de www.medigraphic.com/adm
20. Lazo-Nodarse R, S.-P. D.-R.-C.-R.-R. (23 de mayo de 2019). a Prótesis estomatológica como factor de riesgo de lesiones premalignas y malignas en la cavidad bucal. (U. d. Camagüey, Ed.) Archivo Medico Camaguey, 23(4). ISSN 1025-0255.Recuperado 11 de febrero2022.
21. Guzmán, H. (2019). Lesiones Mucosales de la Cavidad oral asociadas al uso de prótesis removible. Proyecto de Investigación F C I, Universidad de Guayaquil, Vicerrectorado de Investigación, Guayaquil. Recuperado el 10 de febrero de 2022.
22. Machado, E. et al. (2017). Protocolo de Resolutividad red asistencial Servicio de Salud araucania norte. Chile. Recuperado el 11 de febrero de 2022, de https://www.araucanianorte.cl/images/protocCRef/Protocolo_Odontolog%C3%ADa_R_ehabilitaci%C3%B3n_Oral_2017.pdf



23. Avila Rojas, Milena, et, al. Comportamiento clínico-epidemiológico de la estomatitis subprótesis en. Medigraphic. [En línea] 2019. [Citado el: 11 de febrero del 2022.] <https://www.medigraphic.com/pdfs/correo/ccm-2019/ccm193b.pdf>. 1560-4381.
24. Estrada, Gladys. et al. (2017). Diagnóstico clínico de pacientes con estomatitis subprótesis portadores de aparatología protésica. MEDISAN, 21(11). Recuperado el 11 de febrero de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017001100006&lng=es.
25. Moreno, D. (2017). Prevalencia de Estomatitis Subprotésica en Personas Adultos Mayores del Distrito Metropolitano de Quito, Distrito sur. Universidad Central del Ecuador. Recuperado el 11 de febrero 2022.
26. Marco Antonio Rocafuerte-Acurio, Zoila Refulio-Zelada, Jorge Omar Huamani-Mamani Estomatitis Subprótesis: a propósito de un caso clínico. Kiru .2014;11(2):180-3.
27. Barata Caballero D., Durán Porto A. Estomatitis Protésica. Aspectos clínicos y tratamiento. Prof. dent 2002; 5(10): 622-27.
28. Barreiro-Mendoza Nataly, Díaz-Pérez Carlos Alberto, Martin-Moya Luz Amarilis, Martínez-Rodríguez Milagros, Santos-Zambrano Thainah Bruna. Caracterización de la estomatitis subprotésica en portadores de prótesis removible en clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, Ecuador. Rev. inf. cient. [Internet]. 2020 Abril [citado 2022 Ago 22]; 99 (2): 107-114. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332020000200107&lng=es. Epub 03-Mar-2020.
29. Gutierrez-Vargas VL, León-Manco RA, Castillo-Andamayo DE. Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. Revista Estomatológica Herediana. julio de 2015;25(3):179–86.
30. Laplace Pérez B de las N, Legrá Matos SM, Fernández Laplace J, Quiñones Márquez D, Piña Suárez L, Castellanos Almestoy L. Enfermedades bucales en el adulto mayor. Correo Científico Médico. diciembre de 2013;17(4):477–88.



31. Díaz Cárdenas S, Arrieta Vergara K, Ramos Martínez K. Impacto de la Salud Oral en la Calidad de Vida de Adultos Mayores. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. febrero de 2012;5(1):9–16.
32. Mac-Kay APMG, Véliz LOC, Calderón CSM, Aránguiz S del C, Mac-Kay APMG, Véliz LOC, et al. Alteraciones de la masticación en usuarios de prótesis dental removible. Revisión sistemática. *Revista CEFAC*. agosto de 2015;17(4):1319– 26.
33. Duarte-Tencio A, Duarte-Tencio T. Consideraciones en el manejo odontológico del paciente geriátrico. *Revista Científica Odontológica [Internet]*. 6 de septiembre de 2012 [citado 22 de agosto de 2020];8(1). Disponible en: <https://revistaodontologica.colegiodontistas.org/index.php/revista/article/view/451>
34. Ribeiro AB, de Araújo CB, Silva LEV, Fazan-Junior R, Salgado HC, Ribeiro AB, et al. Hygiene protocols for the treatment of denture-related stomatitis: local and systemic parameters analysis - a randomized, double-blind trial protocol. *Trials [Internet]*. 29 de noviembre de 2019 [citado 22 de agosto de 2022];20. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6884795/>
35. Di Stasio D, Lauritano D, Minervini G, Paparella RS, Petruzzi M, Romano A, et al. Management of denture stomatitis: a narrative review. *J Biol Regul Homeost Agents*. febrero de 2018;32(2 Suppl. 1):113–6.
36. Saccucci M, Di Carlo G, Bossù M, Giovarruscio F, Salucci A, Polimeni A. Autoimmune Diseases and Their Manifestations on Oral Cavity: Diagnosis and Clinical Management. *Journal of Immunology Research*. 27 de mayo de 2018; 2018:1–6.
37. Hasan S, Kuldeep. Denture Stomatitis: A Literature Review. *Jour of Orof & Heal Scie*. 2015;6(2):65.

Capítulo 2. Promoción de actitudes conocimientos y hábitos de salud bucal en adultos mayores

Rolando Saez Carriera¹. (rolando.saezc@ug.edu.ec) (<https://orcid.org/0000-0002-3902-9113>)

Héctor Gonzalo Guzmán Gallardo². (hector.guzmang@ug.edu.ec) (<https://orcid.org/0000-0002-6075-7107>)

Danais Anniemari Ortega Rodríguez³. (danais.ortegar@ug.edu.ec) (<https://orcid.org/0000-0002-3293-0910>)

Denisse Alexandra Arroyo Apolo⁴. (denisse.arroyoa@ug.edu.ec) (<https://orcid.org/0000-0001-6749-0866>)

Juan Carlos Suárez Palacios⁵. (juan.suarezpa@ug.edu.ec) (<https://orcid.org/0000-0003-2909-7558>)

Resumen

Los conocimientos, actitudes y hábitos de salud oral en el adulto mayor, influyen en su bienestar y calidad de vida. La presente investigación tuvo como objetivo evaluar la relación entre conocimientos, actitudes y hábitos sobre salud bucal en adultos mayores del Hogar San José período de octubre de 2023 a febrero de 2024. Se diseñó un estudio de tipo investigativo, exploratorio, descriptivo y observacional. A cada adulto mayor incluido en el estudio se le realizó entrevista personalizada de tipo cualitativa semi-estructurada, utilizando la Historia Clínica 033, del Ministerio de Salud Pública como instrumento de recolección información y de datos clínicos. Los resultados mostraron la prevalencia del sexo femenino y el grupo etario de 80-MÁS estuvo más representado en ambos sexos, además el 50% de la manifestó percibir su salud bucal como Regular. Se concluyó que se deben modificar los conocimientos, actitudes y hábitos de forma positiva, tanto a nivel individual como colectivo.

¹ PhD, Especialista, Master y Docente de la Universidad Guayaquil. Ecuador

² Doctor, Master y Docente de la Universidad Guayaquil. Ecuador

³ Doctora, Master y Docente de la Universidad Guayaquil. Ecuador

⁴ Odontóloga, Master y Docente de la Universidad Guayaquil. Ecuador

⁵ Odontólogo, Especialista y Docente de la Universidad Guayaquil. Ecuador



Abstract

Knowledge, attitudes and oral health habits in older adults influence their well-being and quality of life. The objective of this research was to evaluate the relationship between knowledge, attitudes and habits about oral health in older adults at the San José Nursing Home in the period from October 2023 to February 2024. An investigative, exploratory, descriptive and observational study was designed. A personalized semi-structured qualitative interview was conducted with each older adult included in the study, using Clinical History 033, from the Ministry of Public Health as an instrument for collecting information and clinical data. The results showed the prevalence of the female sex and the 80-OVER age group was more represented in both sexes, in addition, 50% of them stated that they perceived their oral health as Regular. It was concluded that knowledge, attitudes and habits must be modified in a positive way, both individually and collectively.

Palabras clave: Adulto mayor, conocimiento, actitud, hábito, salud oral.

Keywords: Older adult, knowledge, attitude, habit, oral health.

Introducción

El envejecimiento es un proceso fisiológico que implica una serie de cambios. Para la Organización Mundial de la Salud, el envejecimiento desde una perspectiva biológica consiste en una combinación de procesos de deterioro molecular y celular que llevan a un descenso gradual de las funciones físicas y cognitivas, lo que puede aumentar la probabilidad de adquirir enfermedades, seguidas de la muerte. (1)

En el mundo las personas mayores de 60 años aumentaron en el siglo XX, desde 400 millones en la década del 50 hasta 700 millones en la de los años 90 del propio siglo. Estimándose que para el 2025 existirán alrededor de 1 200 millones de ancianos, incrementándose el grupo de los mayores de 80 años, quienes en los próximos 30 años constituirán el 30 % de los adultos mayores en los países desarrollados y el 12 % para los de menor desarrollo. (2)



Prestar atención a la población adulta mayor, constituye todo un reto y debe considerarse una prioridad dentro de los gobiernos y sistemas de salud a nivel mundial.

Según las estimaciones y proyecciones de las Naciones Unidas en la región:

Había 42,3 millones de personas de 60 años y más en América Latina y el Caribe en el 2000, que representaban el 8,2% de la población de ambos sexos, el 8,9% de la población masculina y el 7,5% de la femenina. En el 2030, esta población se incrementará a 116 millones, de modo que las personas mayores representarán el 16,6% de la población total de esta subregión (el 18,1% de la población femenina y el 15,1% de la masculina). En el 2060, este porcentaje alcanzará el 30,0% (el 26,9% de la población masculina y el 30,8% de la población femenina) y habrá alrededor de 220 millones de personas mayores. (3)

En referencia a nuestro país:

Ecuador no se encuentra ajeno al proceso de envejecimiento poblacional que se experimenta a nivel global y, en especial, en América Latina y el Caribe. Su estructura poblacional se compone de una proporción significativa de población joven y adulta en edad laboral; sin embargo, al igual que otros países de la región, se encuentra experimentando un proceso de envejecimiento poblacional, resultado del aumento de la esperanza de vida y de la disminución del número de nacimientos. (4)

Entre los diversos aspectos que comprende todo lo relacionado al envejecimiento, no solo desde el punto de vista biológico, están los factores sociales y económicos. Es frecuente que los ancianos no estén siendo cuidados adecuadamente por sus familiares, muchas veces porque no tienen personas allegadas o porque dichas personas no cuentan con el soporte económico o el tiempo. Siendo entonces cuando los hogares de ancianos se convierten en una alternativa.

La presente investigación se desarrolla en el Hogar San José, ubicado en la ciudad de Guayaquil. Esta es una institución privada, sin fines de lucro y atendida por religiosas. Entre sus objetivos, están optar por los más débiles, necesitados y socialmente deprimidos, física o económicamente, proporcionar calidad de vida a los ancianos, liberándolos, en lo posible de condicionamientos negativos y programar la vida del centro a fin de conseguir el desarrollo integral de las personas.



El acercamiento a las personas que allí conviven, desde una mirada sensible y con base científica constituye un acercamiento a la situación real de la población que reside en estos sitios.

Las Estadísticas reflejan que más del 95 % de las lesiones aparecen en las personas a partir de la cuarta década de vida, y es la sexta década la edad promedio para obtener un diagnóstico. Estas lesiones se presentan en entre un rango de 62,9% al 69% de los pacientes, siendo las más frecuentes la estomatitis subprótesis, hiperplasia papilar, candidiasis y queilitis angular. (5)

La atención médica en adultos mayores es una prioridad, ya que es un grupo de riesgo debido a los cambios propios del envejecimiento. Siendo una necesidad el conocimiento de sus carencias en cuánto a salud bucal, no solamente lo referente a la atención en clínicas, sino también a sus insuficiencias en cuanto a temas de bienestar oral y a sus actitudes antes las distintas patologías del sistema estomatognático.

Materiales y métodos

El presente trabajo de investigación es de tipo investigativa, exploratoria, descriptivo y observacional ya que se pretende evaluar la relación entre conocimientos, actitudes y hábitos sobre salud bucal en adultos mayores del Hogar de Ancianos San José de Guayaquil en el período de octubre de 2023 a febrero de 2024.

Es participativa ya que se analiza en conjunto con los adultos mayores. De tipo transversal ya que permite obtener una sola vez la indagación y llegar a un análisis de las variables recopiladas en un período de tiempo sobre una población muestra determinada.

La población de este trabajo son los 76 adultos mayores pertenecientes Hogar de Ancianos San José.

La muestra de este estudio está conformada por los 30 adultos mayores pertenecientes Hogar de Ancianos San José, número que hace referencia a los ancianos con capacidad cognitiva y que aceptaron participar en este estudio de forma libre y voluntaria, en donde previamente se les indico la confidencialidad, el objetivo del estudio, el procedimiento, al participar en esta investigación, mediante la firma del consentimiento informado.



Criterios de inclusión:

Adultos mayores del Hogar San José

Criterios de exclusión:

Adultos mayores del Hogar San José que no cuentan con la capacidad cognitiva para participar en la investigación

Adultos mayores del Hogar San José no dispuestos a participar en la investigación.

De manera Analítica – Sintética se analizaron diferentes fuentes bibliográficas sobre conocimientos, actitudes y hábitos sobre salud bucal en los adultos mayores, así mismo se analizaron los resultados obtenidos acerca actitudes y conocimientos sobre salud bucal de personas de la tercera edad en el Hogar de Ancianos San José.

Se utiliza la observación como técnica de recolección de información conformando aleatoriamente grupos focales donde los adultos mayores se encontraban dispensarizados según sus capacidades auditivas, visuales y motoras, pudiendo entrevistar y examinar a cada adulto de manera personalizada e individualizada.

Los datos del examen físico e interrogatorio se registraron utilizando la Historia Clínica 033, del Ministerio de Salud Pública y para su validación se utilizó el consentimiento informado de los mismos, registrando la huella dactilar de cada adulto mayor.

Se revisaron diferentes fuentes bibliográficas entre esas los artículos científicos de bases tales como, Scielo, Repositorio de la Universidad de Guayaquil, y se buscaron artículos científicos en inglés y español de los últimos cinco años respecto a conocimientos, actitudes y hábitos de salud bucal en adultos mayores.

Este estudio sigue los principios éticos de las investigaciones biomédicas en el uso de las referencias, las obras utilizadas fueron referenciadas de acuerdo a su forma de aparición en el texto, para su selección se consideró la mayor pertinencia respecto al problema de investigación y la actualidad de las mismas. Cada autor fue resaltado respecto a su idea referente al tema en cuestión.



Las entrevistas se realizaron en un escenario del hogar de ancianos previamente preparado en un espacio de la instalación previamente acondicionado, donde el adulto mayor estuvo cómodamente sentado y se contaba con luz natural. Fueron entrevistados en forma individual y colectiva. Mediante la observación, la entrevista y el instrumento de recolección de datos, el cual fue la ficha clínica 033, se realizó un resumen sindrómico de cada anciano y estos datos fueron proporcionados a la directiva del hogar para su evaluación y futura planificación de tratamientos de acuerdo a las necesidades de los adultos mayores presentes.

Resultados

TABLA 1: Distribución de Adultos Mayores según grupo etario y sexo

| Etario | Grupo | | Sex | | Total | |
|--------|-------|----------|-----------|----|-------|-----|
| | Edad | Femenino | Masculino | No | | |
| | | % | % | % | % | % |
| | 60-64 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 65-79 | 6 | 33. | 4 | 33.3 | 10 |
| | 80- | | 66. | | | 33 |
| MÁS | | 12 | 7 | 8 | 66.7 | 20 |
| Total | | 18 | 100 | 12 | 100 | 30 |
| | | | | | | 100 |

Fuente: Historia Clínica 033.

En cuanto a la distribución de acuerdo al grupo etario y sexo se muestra que, del total de adulto mayores, el sexo femenino y el grupo etario de 80-MÁS estuvo más representado en la muestra con un 66.7 % en ambos sexos. Tabla 1.

TABLA 2: Distribución de Adultos Mayores según relación entre salud bucal y salud general:

| Relación | Ancianos | % |
|----------|----------|-----|
| Sí | 21 | 70 |
| No | 9 | 30 |
| Total | 30 | 100 |

Fuente: Técnica Entrevista.



Respecto a la distribución según la relación entre salud bucal y salud general, se observa que el 30% de los ancianos, no considera que existe relación entre la salud bucal y la salud general.

Tabla 2.

TABLA 3: Distribución de Adultos Mayores según percepción de la salud bucal:

| Percepción de la salud bucal | Ancianos | % |
|------------------------------|----------|------|
| Buena | 5 | 16.7 |
| Regular | 15 | 50 |
| Mala | 10 | 33.3 |
| Total | 30 | 100 |

Fuente: Técnica Entrevista.

Se representa la percepción de la salud bucal, donde el 50% de la muestra percibe su salud bucal como Regular. Tabla 3.

TABLA 4: Distribución de Adultos Mayores según última visita al odontólogo:

| Última visita al odontólogo | Ancianos | % |
|-----------------------------|----------|------|
| 6 meses | 4 | 13.3 |
| 1 año | 6 | 20 |
| Más de un año | 20 | 66.7 |
| Total | 30 | 100 |

Fuente: Historia Clínica 033.

De acuerdo a la última visita al odontólogo, el 66.7% de la casuística la realizó hace más de un año, y el 13.3% hace 6 meses. Tabla 4.



TABLA 5: Distribución de Adultos Mayores según frecuencia del cepillado:

| Frecuencia del cepillado | Ancianos | % |
|--------------------------|----------|------|
| 1 vez al día | 13 | 43.3 |
| 2 veces al día | 14 | 46.7 |
| 3 veces al día | 3 | 10 |
| Total | 30 | 100 |

Fuente: Historia Clínica 033.

Se revela la frecuencia del cepillado, siendo 1 vez al día cuando el 43.3% de la muestra realiza el cepillado, solo el 10% lo realiza 3 veces al día. Tabla 5

TABLA 6: Distribución de Adultos Mayores en relación al requerimiento de asistencia de cuidador:

| Asistencia de cuidador | Ancianos | % |
|------------------------|----------|-----|
| Requiere | 21 | 70 |
| No requiere | 9 | 30 |
| Total | 30 | 100 |

Fuente: Historia Clínica 033.

En cuanto al requerimiento de asistencia de cuidado, la mayoría requiere y solo el 30% no requiere. Tabla 6.

TABLA 7: Distribución de Adultos Mayores según hábitos nocivos:

| Presencia de Hábito | Ancianos | % |
|---|----------|------|
| Dieta azucarada y/o alta en carbohidratos | 27 | 90 |
| Onicofagia | 10 | 33 |
| Bruxismo | 8 | 26.7 |
| Total | 30 | 100 |

Fuente: Técnica Entrevista.

Se aprecia que el 90% de los ancianos tienen una dieta azucarada y/o y alta en carbohidratos, la onicofagia es el segundo hábito que prevalece, representado por un 33%. Tabla 7.



Discusión

El envejecimiento es una etapa natural que sigue un curso irreversible que implica un deterioro mental, inmunológico y físico. Este proceso se ocurre según varios factores y puede variar entre las diferentes personas. (6)

En el presente estudio se detectó la prevalencia del sexo femenino y el grupo etario de 80-MÁS estuvo más representado en ambos sexos, lo que muestra coincidencia con (7) en cuanto al sexo femenino como prevalente, sin embargo, en cuanto al grupo de edad no, ya que en el mencionado artículo el grupo de edad más frecuente fue el de 60-64 años.

En una investigación internacional se constata que la interrelación entre "la salud bucal y la general, es particularmente estrecha en el adulto mayor, sin embargo, las barreras para obtener una buena salud bucal son considerables". (8)

Este estudio coincide con (9) en el que de 70 pacientes geriátricos encuestados, del 58.6% que representan el género masculino el 7.3% del mismo no cree que existe relación entre la salud bucal y la salud general, el 92.7% del mismo cree que existe relación entre la salud bucal y la salud general, por otro lado el 41,4% restante que es del género femenino el 6.9% del mismo no cree que existe relación entre la salud bucal y la salud general, el 93.1% del mismo cree que existe relación entre la salud bucal y la salud general. Es decir, la mayoría considera que existe una relación entre la salud bucal y la salud general, al igual que el en la presente indagación, en el que el 70% considera tal relación.

Otro aspecto analizado fue referente a las visitas al odontólogo. Estas citas son un pilar fundamental en la prevención de enfermedades bucales, el 66.7% de la casuística la realizó hace más de un año, y el 13.3% hace 6 meses, lo que expone que no existe una constancia en las visitas, además al cuestionarle respecto a la acción en caso de presentar dolor dental solo el 10% solicita servicio odontológico, a su vez en caso de presentar problema en una o varias piezas dentales, prevalece que el 40% no hace nada al respecto, seguido del 33.3% prefiere extracción. Estos resultados se relacionan con lo mencionado por (7) quien afirma en su investigación que los



problemas de odontología por lo común no despiertan el interés espontáneo de la población, la asistencia únicamente se lleva a cabo cuando se aquejan de alguna molestia o dolor.

Mantener una higiene bucal óptima es muy importante para el bienestar y el cuidado de la salud de las personas adultas mayores. (10) manifiesta que la higiene oral representa uno de los factores más importantes para la prevención de las enfermedades bucodentales como la caries y las enfermedades periodontales, ya que al no realizar una buena limpieza se produce la acumulación de biofilm en la superficie de los dientes y la adhesión de la misma en los tejidos periodontales, que en los ancianos ocasiona una respuesta inflamatoria severa por los cambios en los tejidos de sostén del diente durante el envejecimiento; sin embargo, los estudios realizados sobre los hábitos higiénicos adultos mayores son escasos. Los hábitos de higiene oral en los adultos mayores aún se encuentran lejos del patrón establecido por la Federación Dental Internacional debido a que los adultos mayores no realizan el cepillado dental diario, considerando que, a medida que avanza el proceso de envejecimiento —ya se hable de una tercera o cuarta edad— y se presentan condiciones diferentes entre ellas, por ejemplo, el incremento de la carga de las enfermedades crónicas, el deterioro cognitivo y la disminución de las redes de apoyo social, las enfermedades bucodentales en el adulto mayor se incrementan. Lo anterior concuerda con este estudio ya que se constató que solo el 10% de los ancianos de la muestra realiza el cepillado 3 veces al día. Otro aspecto que incide en la higiene bucal de los adultos mayores, es la dependencia o no de otra persona para realizarla, por ejemplo, de un cuidador, en la casuística objeto de análisis el 70% requiere asistencia, por lo que su higiene bucal será dependiente del grado de importancia que el cuidador conceda a la salud bucal y a su vez de su preparación y conocimiento respecto a la correcta higiene.

Los hábitos son prácticas que pueden contribuir a una buena salud bucal cuando estos son saludables, en cambio hay hábitos que son nocivos y se consideran factores de riesgo para diversas enfermedades. Autores como (11) encontraron como hábito más presente fue el tabaquismo con un 65%, a diferencia de (12) donde el hábito de bruxismo fue detectado en 65.5% de los pacientes. Ambas investigaciones difieren del presente estudio, ya que el hábito de mayor ocurrencia fue los hábitos dietéticos altos azúcar y/o en carbohidratos.

Conclusiones

En el presente estudio se constata que:

El envejecimiento es un proceso fisiológico y natural que se da los seres humanos, sin embargo, no acontece de igual forma en todos los individuos. Existen varios factores que inciden sobre el curso de dicho proceso.

Las afectaciones a la salud oral en la tercera edad tienen un gran impacto en la calidad de vida, sus consecuencias pueden ser severas y en muchas ocasiones desconocidas para los ancianos y sus cuidadores.

Tomando como pilares la promoción de salud bucal y prevención de enfermedades bucodentales, se deben modificar los conocimientos, actitudes y hábitos de forma positiva, tanto a nivel individual como colectivo.

Referencias

1. Pinilla Cárdenas MA, Ortiz Álvarez A, Suárez Escudero JC. Adulto mayor: envejecimiento, discapacidad, cuidado y centros día. Revisión de tema. Revista Salud Uninnorte. 2021 Mayo; 37(2).
2. Yero Mier M, Rodríguez Pimienta M, Pérez García LM, De Castro Yero JL, Fernández-Serrano JM. Lesiones paraprotésicas en pacientes geriátricos portadores de prótesis removibles. Revista Información Científica. 2021 Junio; 100(4).
3. Organización Panamericana de Salud. Esperanza de vida y carga de la enfermedad en las personas mayores de la Región de las Américas. Washington: OPS; 2023.
4. Forttes Valdivia P. Envejecimiento y atención a la dependencia en Ecuador: Banco Interamericano de Desarrollo; 2020.
5. Fernández Hernández P. Lesiones orales asociadas al uso de prótesis removible en adultos mayores. 2023..



6. Franco Coffré , Sarango Bueno D, Mina Sánchez L, Burgos Dicao Á. Envejecimiento exitosos de los adultos mayores de la ciudad de Guayaquil, Ecuador. Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería. 2023; 1(13).
7. Chávez Vuele T. Situación bucodental presente en adultos mayores pertenecientes al centro gerontológico Arsenio de la Torre Marcillo del Cantón Guayaquil. 2019..
8. Vázquez González A, Ramos González M, Rodríguez Suárez S, Fernández Campo. Conocimientos sobre Salud bucal del adulto mayor. Consultorio 10. Policlínico “Dr. Tomas Romay” 2017-2018. Revista Médica Electrónica. 2020; 42(5).
9. Badillo Conde C, Lara Benavides IM. Nivel de conocimiento sobre salud oral en pacientes geriátricos.Hospital Básico Militar N° 11-Riobamba. 2023..
10. Taboada Aranza O, Loaeza Galindo, Hernández Palacios RD. Caries y hábitos de higiene oral en un grupo de adultos mayores del Estado de México. Revista ADM. 2019; 76(3).
11. Torrecilla-Venegas R, Castro-Gutiérrez I. Efectos del envejecimiento en la cavidad bucal. Ecimed. 2020; 59(278).
12. Abreu-García , García-Alguacil. Comportamiento de los trastornos temporomandibulares en pacientes mayores de 60 años. Amancio, 2018. Revista ADM. 2020; 77(5).



Capítulo 3. Prevalencia de enfermedades sistémicas en pacientes reciben tratamientos odontológicos

Danais Anniemari Ortega Rodríguez¹. (danais.ortegar@ug.edu.ec) (<https://orcid.org/0000-0002-3293-0910>)

Rolando Saez Carriera². (rolando.saezc@ug.edu.ec) (<https://orcid.org/0000-0002-3902-9113>)

Héctor Gonzalo Guzmán Gallardo³. (hector.guzmang@ug.edu.ec) (<https://orcid.org/0000-0002-6075-7107>)

Raúl Andrés Michalon Acosta⁴. (raul.michalona@ug.edu.ec) (<https://orcid.org/0000-0001-6312-0710>)

Juan Carlos Suárez Palacios⁵. (juan.suarezpa@ug.edu.ec) (<https://orcid.org/0000-0003-2909-7558>)

Resumen

Las enfermedades sistémicas van acompañadas de cambios específicos en la cavidad bucal provocando signos y síntomas que alteran las funciones y calidad de vida de nuestros pacientes. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de enfermedades sistémicas en pacientes atendidos en las clínicas odontológicas de la Universidad de Guayaquil. Se utilizó una metodología epidemiológica de tipo descriptiva, transversal y observacional. Los resultados mostraron que un 37,7% de los pacientes presentaron alguna enfermedad sistémica. La hipersensibilidad fue la condición más frecuente con 10,7%, seguida por hipertensión arterial (6,3%), enfermedades gástricas (4,1%) e hipotiroidismo (4,1%). Se observaron diferencias significativas en la prevalencia de algunas enfermedades en función del género, la edad y el nivel académico. En conclusión, la prevalencia de enfermedades sistémicas en pacientes odontológicos es considerable, lo que resalta la importancia de realizar valoraciones médicas integrales.

¹ Doctora, Master y Docente de la Universidad Guayaquil. Ecuador

² PHD, Especialista, Master y Docente de la Universidad Guayaquil. Ecuador

³ Doctor, Master y Docente de la Universidad Guayaquil. Ecuador

⁴ Doctor, Master y Docente de la Universidad Guayaquil. Ecuador

⁵ Odontólogo, Especialista y Docente de la Universidad Guayaquil. Ecuador

Pudiendo concluir que el incremento de la edad y el sexo condiciona la presencia de enfermedades sistémicas siendo las enfermedades endocrinas y cardiovasculares las que mostraron alta prevalencia. Palabras clave: Prevalencia, Enfermedades Sistémicas, Odontología, Hipersensibilidad, Hipertensión.

Abstract

Systemic diseases are accompanied by specific changes in the oral cavity causing signs and symptoms that alter the functions and quality of life of our patients. The objective of this study was to determine the prevalence of systemic diseases in patients treated at the dental clinics of the University of Guayaquil. A descriptive, cross-sectional and observational epidemiological methodology was used. The results showed that 37.7% of the patients had some systemic disease. Hypersensitivity was the most frequent condition with 10.7%, followed by arterial hypertension (6.3%), gastric diseases (4.1%) and hypothyroidism (4.1%). Significant differences were observed in the prevalence of some diseases based on gender, age and academic level. In conclusion, the prevalence of systemic diseases in dental patients is considerable, which highlights the importance of carrying out comprehensive medical assessments. It can be concluded that the increase in age and sex determines the presence of systemic diseases, with endocrine and cardiovascular diseases showing high prevalence.

Palabras clave: prevalencia, enfermedades sistemáticas, hipersensibilidad, hipertensión

Keywords: Prevalence, Systemic Diseases, Dentistry, Hypersensitivity, Hypertension.

Introducción

Las investigaciones indican que diversas afecciones sistémicas, como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y las enfermedades respiratorias, tienen un impacto significativo en la salud dental y los resultados del tratamiento odontológico existen Enfermedades sistémicas asociadas a las manifestaciones bucales como son las enfermedades cardiovasculares con la enfermedad periodontal. La Diabetes reduce la salivación y con ello la salud bucal se agrava

(Merza et al., 2024) (Kapila, 2021). Las Enfermedades respiratorias producen alteraciones en el crecimiento de los maxilares y contribuyendo a malposiciones dentarias. Los problemas de salud bucal pueden contribuir a las infecciones respiratorias, lo que hace hincapié en la necesidad de una atención dental preventiva (Merza et al., 2024) (Wei-wu, 2024)

Manifestación de enfermedades sistémicas en la mucosa oral.

Muchas enfermedades sistémicas van acompañadas de cambios específicos en la mucosa oral. Además, a menudo estos síntomas aparecen primero y se convierten en manifestaciones de patología general. El conocimiento de los signos locales de patología sistémica ayudará al dentista no solo a realizar correctamente un diagnóstico preliminar, sino también a realizar un diagnóstico diferencial de una enfermedad general con enfermedades de las membranas mucosas o del tejido periodontal.

Manifestación de enfermedades gastrointestinales en la cavidad bucal.

El factor más importante que desencadena la aparición de síntomas característicos en la mucosa oral con lesiones del sistema digestivo es la falta de vitaminas, principalmente del grupo B.

Un marcador de enfermedades del sistema digestivo es la membrana mucosa de la lengua. Muy a menudo, se detecta una lengua saburra.



Figura 1. Examen de la mucosa de la lengua.

Composición de la placa

- células epiteliales queratinizadas,
- hongos,
- bacterias,
- restos de comida.

La densidad y el espesor de la placa están determinados por la interrupción de los procesos de queratinización natural y descamación del epitelio. En el caso de atrofia de las papilas filiformes en la superficie de la lengua, la placa puede estar completamente ausente o su cantidad puede ser mínima. Pero si hay hipertrofia de estas papilas, se encuentra una capa gruesa de placa, de difícil eliminación, donde predominan las papilas filiformes queratinizadas y pegajosas.

Lengua saburra como síntoma característico de diversas patologías gastrointestinales.

Síntomas de exacerbación de enterocolitis y colitis, gastritis o úlcera péptica:

- una capa gruesa de placa, el espesor aumenta gradualmente;
- localización de la placa: dorso de la lengua, predominantemente el tercio posterior,
- La hinchazón de la lengua está determinada por un aumento en el tamaño de la lengua y marcas de dientes en las superficies laterales.



Figura 2. Detección de placa en la mucosa de la lengua.

Cambios en las papilas como signo de patología gastrointestinal.

La patogénesis de los cambios en las papilas se basa en trastornos tróficos y falta de vitamina B. La gravedad y el color de las papilas de la lengua permiten distinguir dos tipos de glositis: hiperplásica y atrófica.

Glositis hiperplásica

1. Es un signo característico de gastritis con alta acidez y úlcera péptica.
2. Acompañado de hipertrofia de las papilas.
3. Se determina una capa densa.
4. La lengua aumenta de tamaño debido a una hinchazón severa.



Glositis atrófica

1. Es un signo de gastritis con insuficiencia secretora, gastroenteritis, colitis, hepatitis.
2. No hay placa.
3. Las papilas de la lengua se atrofian, su superficie se alisa.
4. La atrofia de las papilas puede ser pronunciada, luego la superficie de la lengua se vuelve lisa y brillante.
5. El color de la lengua es rosa pálido o, con menos frecuencia, “barnizado” con rayas y manchas rojas.
6. La atrofia suele ir acompañada de sensación de ardor, dolor y hormigueo al comer.

Descamación del epitelio como síntoma de patología gastrointestinal

1. Es un signo característico de enfermedades del tracto digestivo como gastritis crónica, colitis crónica y patología hepática.
2. En el dorso de la lengua aparecen áreas de descamación del epitelio de las papilas filiformes.
3. Las enfermedades infecciosas del hígado y la insuficiencia secretora se caracterizan por una combinación de síntomas de glositis descamativa, procesos atróficos y suavidad de las papilas en la superficie de la lengua.
4. Los focos de descamación son marcadores de exacerbaciones de enfermedades del tracto digestivo y desaparecen durante los períodos de remisión.

Parestesia de la lengua como síntoma de enfermedades del sistema digestivo.

1. Se caracteriza por la aparición de una sensación de ardor, hormigueo y hormigueo en la mucosa de la lengua.
2. Estos síntomas son a menudo consecuencia de la descamación del epitelio, pero también pueden ocurrir en ausencia de cambios visibles, en el contexto de una membrana mucosa de la lengua intacta.



Elementos erosivos y ulcerativos sobre la mucosa oral en patología gastrointestinal

1. Aparecen como resultado de trastornos tróficos.
2. Característica de las siguientes enfermedades: úlceras de estómago, enfermedades del hígado, colitis, enterocolitis.

La mucosa oral puede cambiar de color en algunas enfermedades gastrointestinales

1. Durante las exacerbaciones de colitis, enterocolitis y úlceras pépticas, a menudo se diagnostican gingivitis catarral, estomatitis y glositis, y la gravedad de estos síntomas está determinada por la duración de la enfermedad general y la frecuencia de sus exacerbaciones.
2. En las áreas afectadas, la membrana mucosa está hiperémica, se encuentran focos de cianosis, lo que indica un curso crónico de la enfermedad general.
3. El paciente se queja de sensación de ardor, cambios en el color de las mucosas y dolor al ingerir determinados alimentos.
4. Los síntomas de estomatitis y gingivitis catarral son especialmente pronunciados en el contexto de exacerbaciones de la colitis crónica.
5. Cuando se produce la remisión de una enfermedad del tracto digestivo, los signos de estomatitis y gingivitis catarral desaparecen casi de inmediato.

Cambios en la salivación por patología gastrointestinal

La violación de la salivación se puede expresar en un aumento de la secreción salival, hipersalivación o disminución: esto es hiposalivación. En la etapa inicial de la úlcera péptica, así como durante sus exacerbaciones, los pacientes experimentan hipersalivación, que a medida que avanza la enfermedad se convierte suavemente en hiposalivación. Los pacientes comienzan a quejarse de sequedad.

En el contexto de la patología del hígado y la vesícula biliar, se desarrolla inmediatamente hiposalivación, que se caracteriza por sequedad de la mucosa oral, hinchazón y enrojecimiento.



Figura 3. Mucosa bucal seca.

Clínica del período icterico:

- tinción de algunas partes de la mucosa oral, en particular el paladar duro y blando, las desembocaduras de los conductos de las glándulas salivales grandes;
- la aparición de hemorragias y telangiectasias;
- los focos de descamación epitelial en la superficie dorsal de la lengua son típicos del apogeo de la enfermedad;
- se detecta atrofia de papilas filiformes;
- múltiples pequeñas erosiones que tienden a fusionarse;
- las encías están hinchadas, claramente hiperémicas;
- a menudo acompañado de sangrado, síntomas de gingivitis catarral;
- a medida que avanza la cirrosis hepática, la mucosa oral adquiere un color rosa pálido y un tinte cianótico.

Manifestaciones de pancreatitis aguda en la mucosa oral

1. En el contexto de una mucosa oral edematosa e hiperémica, se ve claramente un patrón vascular.
2. En las partes distales se diagnostica tinción icterica de la mucosa.
3. Hay una capa de color blanco amarillento en la lengua.
4. Aumento del tamaño de las papilas filiformes.
5. Sequedad severa de la mucosa oral.
6. La sensibilidad gustativa está distorsionada.
7. Lesiones aftosas en la mucosa distal.
8. Son característicos los procesos atróficos en la membrana mucosa de la parte posterior de la lengua.
9. Adelgazamiento del epitelio del borde rojo de los labios.
10. Adjunto de grietas crónicas en las comisuras de la boca.



en

Figura 4. Hinchazón de la lengua, marcas de dientes en las superficies laterales.

Manifestaciones clínicas de la enfermedad de Crohn

1. La enfermedad de Crohn es una granulomatosis.
2. Se caracteriza por inflamaciones eritematosas de la mucosa oral, que parecen nódulos blandos e indoloros y se localizan en la capa submucosa.
3. Es posible transformar los nódulos en erosiones, aftas y úlceras.
4. Las lesiones ulcerosas y nodulares se pueden observar no solo en la cavidad bucal, sino también en otras partes del tracto digestivo.
5. Son posibles crecimientos hiperplásicos, cuya localización típica son las mejillas y las partes laterales de la lengua.

Cambios típicos en las membranas mucosas en la enfermedad renal

1. Las quejas típicas de los pacientes son ardor en la mucosa oral, dolor y aparición de un olor desagradable.
2. Objetivamente, el color pálido de la mucosa oral se determina clínicamente, su superficie está seca, adelgazada y dañada por los dientes y los alimentos duros.
3. El oscurecimiento se encuentra en algunas partes de la mucosa, esto es típico de la mucosa del paladar, tanto blanda como dura, labios y mejillas.
4. La membrana mucosa de la lengua está seca, su superficie está cubierta de placa.
5. A menudo se asocia disbacteriosis, que se acompaña de la adición de síntomas clínicos de estomatitis por Candida.
6. En el contexto de insuficiencia renal aguda o durante la exacerbación de un proceso crónico, la mucosa oral y el borde rojo están expuestos a erupciones de estomatitis herpética, que se acompañan de ardor y dolor intensos.

Figura 5. Evaluación del estado de las papilas de la lengua.



Manifestaciones de enfermedades cardiovasculares en la mucosa oral

1. La estomatitis y la gingivitis catarral suelen ser complicadas y se transforman en elementos ulcerativos-necróticos en la mucosa.
2. A medida que avanza la enfermedad sistémica, la mucosa oral se vuelve cianótica.
3. Poco a poco, las aftas y las úlceras se van agrupando formando grandes áreas de necrosis.
4. Es característica la atrofia de las papilas filiformes de la lengua.



5. El cuadro clínico de la hipertensión se acompaña de lesiones vesicovasculares: aparecen ampollas hemorrágicas en la mucosa, que se abren rápidamente para exponer la superficie erosiva, esta última se epiteliza rápidamente.

Metodología:

Se llevó a cabo un estudio con enfoque epidemiológico, de tipo descriptivo y transversal. Se considera epidemiológico por-que analiza y describe la distribución de enfermedades sistémicas en los pacientes atendidos en las Clínicas Integrales de la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil. Es descriptivo porque per-mite identificar los casos de enfermedades sistémicas, estimar su prevalencia y analizar tendencias en función de las variables del estudio. Además, es transversal ya que evalúa la prevalencia de dichas enfermedades en una población específica durante un período determinado, considerando única-mente las historias clínicas registradas entre octubre de 2023 y octubre de 2024. Para recopilar los datos estadísticos, se utilizó un muestreo probabilístico aleatorio simple.

Población y muestra: El estudio abarcó un total de 4000 historias clínicas registradas en las Clínicas Integra-les de la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil durante el período comprendido entre octubre de 2023 y octubre de 2024. Para la selección de la muestra, se utilizó un muestreo aleatorio simple aplicado a un universo finito. Se incluyeron las historias clínicas realizadas en la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador durante el período comprendido entre octubre de 2016 y febrero de 2017

Para determinar el tamaño de la muestra, se empleó la siguiente fórmula: Fórmula aplicada: Datos utilizados: • n = (tamaño de la muestra) • N = 4000 (tamaño de la población) • Z = 1.96 (nivel de confianza del 95%) • p = 0.5 (probabilidad a favor) • q = 0.5 (probabilidad en contra) • e = 0.05 (error muestral permitido). Se utilizó una tabla de apoyo para el cálculo del tamaño muestral con base en diferentes niveles de confianza. Aplicando la formula. n = 351 historias clínicas

Criterios de inclusión: Pacientes atendidos en las clínicas integrales de pregrado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil durante el período de octubre de 2023 a octubre de



2024. • Pacientes ambulatorios que hayan recibido al menos un tratamiento odontológico en dichas clínicas. • Pacientes ambulatorios con historias

clínicas debidamente completadas.

Criterios de exclusión: • Pacientes que no pertenezcan a las clínicas integrales de la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil • Pacientes cuya historia clínica no esté correctamente completada. • Pacientes atendidos en las clínicas integrales de pregrado de la Facultad de Odontología de otra universidad.

Recolección de los datos

La obtención de datos se realizó a través de fuentes de información secundaria, basadas en datos previamente elaborados, como las historias clínicas. Estas historias clínicas, consideradas formularios médico-legales, fueron revisadas en el marco del proceso de reforma de la historia clínica, aprobado mediante la resolución del 25 de octubre de 2016 validados por la comisión encargada de la historia clínica única del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. La recopilación de información se efectuó mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes atendidos en las clínicas integrales de la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil, durante el período comprendido entre octubre de 2023 y octubre de 2024. Los datos de las historias clínicas fueron recolectados utilizando fichas, y posteriormente procesados en un computador empleando Microsoft Excel. Adicionalmente, se utilizó el software IBM SPSS 28 para realizar cruces de datos y validar estadísticamente el estudio. Se llevó a cabo un análisis y filtrado de los datos con el propósito de tabularlos y presentar los resultados en gráficos y tablas. Finalmente, se aplicó estadística descriptiva, utilizando frecuencias y porcentajes, para representar los resultados de cada variable en cuadros y/o gráficos, de acuerdo con las características de cada una. Consideraciones éticas: Dado que el estudio se basa en la información contenida en las historias clínicas, no es necesario solicitar un consentimiento informado para esta investigación. No se presenta ningún riesgo físico, psicológico ni invasivo para la privacidad de los pacientes, ya que la información será exclusivamente extraída de las historias clínicas de las clínicas integrales de la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil.



Además, los datos recolectados serán transcritos a archivos de texto que no incluirán información de identificación de los pacientes.

Resultados: La información recolectada a través de las Historias Clínicas, utilizando fichas, ha sido procesada en un ordenador con el programa Microsoft Excel. Además, se ha contado con el apoyo del software SPSS 28 para analizar los datos. En total, se han considerado 351 historias clínicas de la clínica integral, lo que ha permitido obtener los siguientes

Resultados

La mayoría de las personas tienen entre 41 y 60 años (35%), seguidas de las edades entre 21 y 40 años (29.3%). Los grupos de 0-20 años (19.4%) y 61-90 años (16.2%) representan una menor proporción de la muestra. El valor p (<0.001) indica que estas diferencias son estadísticamente significativas y no se deben al azar. La proporción de mujeres (60.4%) es significativamente mayor que la de hombres (39.6%), según el valor p (<0.001). Esto sugiere que las mujeres predominan en la muestra estudiada.

El nivel de estudios más frecuente es la secundaria (46.2%), seguido por primaria (25.4%) y universitaria (24.8%). El postgrado tiene una representación mínima (3.7%). Los valores p indican que las proporciones de primaria, universitaria y postgrado son significativas, pero la secundaria no alcanza significación estadística. La muestra está mayoritariamente compuesta por personas con educación secundaria, lo que puede estar relacionado con el contexto socioeconómico o geográfico de la población.

Las enfermedades más frecuentes son la hipertensión (14%) y la diabetes mellitus (12.5%). Alergias, hipotiroidismo, asma, osteoporosis y cáncer tienen una prevalencia menor (entre 3.7% y 8%). Un 44.2% no presenta ninguna enfermedad, siendo este el grupo mayoritario. La hipertensión y la diabetes son las condiciones más comunes, lo que es consistente con problemas de salud típicos de población adulta. La baja incidencia de otras enfermedades sugiere que no son predominantes en este grupo.

El 62.1% de las personas no tiene enfermedades sistémicas, mientras que el 37.9% sí las presenta. El valor p (<0.001) indica que esta diferencia es significativa. La mayoría de la población está



libre de enfermedades sistémicas, pero un porcentaje considerable sí las padece, lo cual podría reflejar patrones de salud específicos del grupo.

En relación al género encontramos que los hombres: Mayor proporción sin enfermedad (71), y poca representación en osteoporosis (1). Femenino: Mayor incidencia en enfermedades como diabetes mellitus (34), osteoporosis (12) y cáncer (11). Las mujeres parecen estar más afectadas por enfermedades crónicas y degenerativas, mientras que los hombres tienen mayor proporción de individuos sin enfermedad.

La presencia de enfermedades sistémicas aumenta con la edad: 0-20 años: Más individuos sanos que enfermos. 21-60 años: Incremento significativo de enfermedades. 61-90 años: Aunque la proporción de enfermedades es alta, el número absoluto es menor debido al tamaño reducido de este grupo. Existe una correlación positiva entre la edad y la prevalencia de enfermedades sistémicas, un hallazgo común en estudios poblacionales. Estos resultados son similares a los hallazgos realizado en Medenta Oral and Dental Care en Kabul reveló que el 67% de los pacientes dentales padecían enfermedades sistémicas, siendo las más frecuentes las gastrointestinales (14,7%), la anemia (14,3%), los dolores de cabeza (11,4%), la depresión (11,3%) y la hipertensión arterial (5,6%) (Ehsan et al., 2022). En otro estudio realizado en un hospital de salud bucal y dental, el 24,31% de los pacientes tenía una enfermedad sistémica y el 15,68% padecía múltiples enfermedades, siendo prevalentes los trastornos cardiovasculares (13,40%) y las enfermedades endocrinas (12,27%) (Oktay et al., 2019). Mayor proporción sin enfermedad los hombres (71), y poca representación en osteoporosis (1). Femenino: Mayor incidencia en enfermedades como diabetes mellitus (34), osteoporosis (12) y cáncer (11). Las mujeres parecen estar más afectadas por enfermedades crónicas y degenerativas, mientras que los hombres tienen mayor proporción de individuos sin enfermedad. Las enfermedades sistémicas pueden complicar el tratamiento dental, especialmente en los pacientes de edad avanzada, que tienen más probabilidades de tener múltiples afecciones y de tener que recurrir a la polifarmacia. Estas afecciones pueden afectar a la salud bucal y a la capacidad de gestionar las necesidades dentales de manera efectiva (Patton et al., 2022). La presencia de enfermedades sistémicas requiere historiales médicos y exámenes clínicos detallados para prevenir complicaciones y garantizar unos resultados óptimos del tratamiento (Chen & Wang, 2022; Oktay et al., 2019).



La prevalencia de las enfermedades sistémicas suele ser mayor en las mujeres, como se señala en el estudio de Kabul, que subraya la necesidad de tener en cuenta la perspectiva de género en la atención dental (Ehsan et al., 2022). Los adultos mayores tienen más probabilidades de padecer enfermedades sistémicas, que pueden afectar a su salud bucal y requieren estrategias de tratamiento dental personalizadas (Pat-ton et al., 2022).

La correlación entre la edad y el tipo de enfermedad es negativa ($r = -0.159$), lo que indica una relación débil pero significativa ($BF_{10} = 5.837$). El coeficiente de Kendall confirma esta tendencia con un tau B negativo (-0.082). Aunque débil, hay una tendencia que sugiere que la edad podría influir en el tipo de enfermedad, posiblemente porque ciertas enfermedades son más comunes en grupos etarios específicos.

Discusión

La hipertensión y la diabetes son las condiciones más comunes, lo que es consistente con problemas de salud típicos de población adulta. La baja incidencia de otras enfermedades sugiere que no son predominantes en este grupo. Estos resultados son similares a los hallazgos realizados en Medenta Oral and Dental Care en Kabul, que reveló que el 67% de los pacientes dentales padecían enfermedades sistémicas, siendo las más frecuentes las gastrointestinales (14,7%), la anemia (14,3%), los dolores de cabeza (11,4%), la depresión (11,3%) y la hipertensión arterial (5,6%) (Ehsan et al., 2022). En otro estudio realizado en un hospital de salud bucal y dental, el 24,31% de los pacientes tenía una enfermedad sistémica y el 15,68% padecía múltiples enfermedades, siendo prevalentes los trastornos cardiovasculares (13,40%) y las enfermedades endocrinas (12,27%) (Oktay et al., 2019). Mayor proporción sin enfermedad los hombres (71), y poca representación en osteoporosis (1). Femenino: Mayor incidencia en enfermedades como diabetes mellitus (34), osteoporosis (12) y cáncer (11). Las mujeres parecen estar más afectadas por enfermedades crónicas y degenerativas, mientras que los hombres tienen mayor proporción de individuos sin enfermedad. Las enfermedades sistémicas pueden complicar el tratamiento dental, especialmente en los pacientes de edad avanzada, que tienen más probabilidades de tener múltiples afecciones y de tener que recurrir a la polifarmacia. Estas afecciones pueden afectar a la salud bucal y a la capacidad de gestionar las necesidades dentales de manera efectiva (Patton et



al., 2022). La presencia de enfermedades sistémicas requiere historiales médicos y exámenes clínicos detallados para prevenir complicaciones y garantizar unos resultados óptimos del tratamiento (Chen & Wang, 2022; Oktay et al., 2019). La prevalencia de las enfermedades sistémicas suele ser mayor en las mujeres, como se señala en el estudio de Kabul, que subraya la necesidad de tener en cuenta la perspectiva de género en la atención dental (Ehsan et al., 2022). Los adultos mayores tienen más probabilidades de padecer enfermedades sistémicas, que pueden afectar a su salud bucal y requieren estrategias de tratamiento dental personalizadas (Pat-ton et al., 2022). Si bien las enfermedades sistémicas prevalecen entre los pacientes dentales, los tipos específicos y su impacto pueden variar en función de factores demo-gráficos como la edad y el sexo. Esto resalta la importancia de los enfoques de atención dental personalizados que tengan en cuenta las historias clínicas y las necesidades únicas de cada paciente

Conclusiones

El incremento de la edad y el sexo condiciona la presencia de enfermedades sistémicas siendo las enfermedades endocrinas y cardiovasculares las que mostraron alta prevalencia.

Referencias

- Chen YJ, Wang YJ (2022). [Influence of systemic diseases on the diagnosis and treatment of dental diseases and prevention of related risks]. *Zhonghua kou Qiang yi xue za zhi = Zhonghua Kouqiang Yixue Zazhi = Chinese Journal of Stomatology*.;57(5):474-480. DOI: 10.3760/cma.j.cn112144-20220305-00094. PMID: 35484669.
- Chi, A. C., Neville, B. W., Krayner, J. W., & Gonsalves, W. C. (2010). Oral manifestations of systemic disease. *American family physician*, 82(11), 1381–1388.
- Ehsan H. Ahmad, N, Azimi M y Asif M. (2022). The prevalence of systemic diseases among dental patients in Medenta Oral & Dental Care, Kabul, Afghanistan. 10 (1). 116-119. <https://www.idjsonline.com/article-details/17950>



- Gaddey H. L. (2017). Oral manifestations of systemic disease. *General dentistry*, 65(6), 23–29.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29099362/>
Gaddey H. L. (2017). Oral manifestations of systemic disease. *General dentistry*, 65(6), 23–29.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29099362/>
- Kapila Y. L. (2021). Oral health's inextricable connection to systemic health: Special populations bring to bear multimodal relationships and factors connecting periodontal disease to systemic diseases and conditions. *Periodontology 2000*, 87(1), 11–16.
<https://doi.org/10.1111/prd.12398>
- Merza, R. fouad ., Alqahtani, N. S. ., Al-sulami, S. B. B. ., sindi, J. abid ., kabli, R. sadiq yousif ., alluq-mani , S. hamoud ., Aljohani, R. B. ., Saleh, M. A. ., Hawsawi, S. M. A. ., Aljahdali , B. A. S. ., & Alata, A. J. A. . (2024). Oral Health and Systemic Disease: A Systematic Review of the Impact of Dental Care on Overall Health. *Journal of Ecohumanism*, 3(7), 2843–2852. <https://doi.org/10.62754/joe.v3i7.4679>
- Murillo Knudsen, G y Castillo Rivas, J (2007). Pe-riodontopatías relacionadas con alteraciones sistémicas en pacientes atendidos en una clínica dental universitaria Odovtos - International Journal of Dental Sciences, 9, 73-76 https://www.redalyc.org/pdf/4995/Resumenes/Resumen_499551912015_1.pdf
- Oktay, E., Karaoglanoglu, S., Aydın, N., Yeşil Duymuş, Z., et al. (2019). The Distribution of Systemic Diseases According to Age and Gender in Patients Admitted to an Oral and Dental Health Care Hospital. *Ankara Medical Journal*, 19(2), 357-365. <https://doi.org/10.17098/amj.576532>
- Patton. B, McPhillips.O, Ni, Riordain R. (2022). The impact of systemic conditions and polypharmacy on older patients' oral health and dental treatment. *Journal of the Irish Dental Association*, doi: 10.58541/001c.71290
- Salazar Gómez, C. (2017). Prevalencia de enfermedades sistémicas en la Clínica Integral de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador período octubre 2016 febrero 2017. Quito: UCE.
<http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/13299>



Weiwu Fei. (2024) The Multidimensional Impact of Oral Diseases on Overall Health. *Frontiers in Me-dical Science Research* Vol. 6, Issue 7: 90-97. <https://doi.org/10.25236/FMSR.2024.060711>.

Yactayo-Albuquerque, M. T., AlenMéndez, M. L., Azañedo, D., Comandé, D., & Hernández-Vás-quez, A. (2021). Impact of oral diseases on oral health-related quality of life: A systematic review of studies conducted in Latin America and the Ca-ribbean. *PloS one*, 16(6), e0252578. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.025257>



Capítulo 4. promoción de hábitos saludables: una mirada epidemiológica de la Queilitis

Rolando Saez Carriera¹. (rsaezc@ube.edu.ec) (<https://orcid.org/0000-0002-3902-9113>)

Héctor Gonzalo Guzmán Gallardo². (hector.guzmang@ug.edu.ec) (<https://orcid.org/0000-0002-6075-7107>)

Danais Anniemari Ortega Rodríguez³. (danais.ortegar@ug.edu.ec) (<https://orcid.org/0000-0002-3293-2932>)

Raúl Andrés Michalon Acosta⁴. (raul.michalona@ug.edu.ec) (<https://orcid.org/0000-0001-6312-0710>)

Juan Carlos Suárez Palacios⁵. (juan.suarezpa@ug.edu.ec) (<https://orcid.org/0000-0003-2909-7558>)

Resumen

Se realiza una actualización bibliográfica de la queilitis, en la que se analizan las formas clínicas más generales de su presentación. Se muestran los datos recogidos de mayor interés sobre su sinonimia, clasificación, etiología y patogenia. Se muestran los diferentes métodos terapéuticos utilizados incluyendo la medicina natural y tradicional, la homeopatía y el láser como alternativas de tratamiento.

Palabras clave: queilitis, candidiasis, enfermedades generales, tratamientos.

El termino queilitis es el más común para designar estados inflamatorios de la submucosa labial o comisuras labiales en forma de boqueras. Esta lesión de los labios algunos autores la clasifican dentro de las formas de presentación de la candidiasis.

¹ Ph.D. Especialista, Master y Docente de la Universidad Bolivariana del Ecuador. Ecuador

² Doctor, Master y Docente de la Universidad Guayaquil. Ecuador

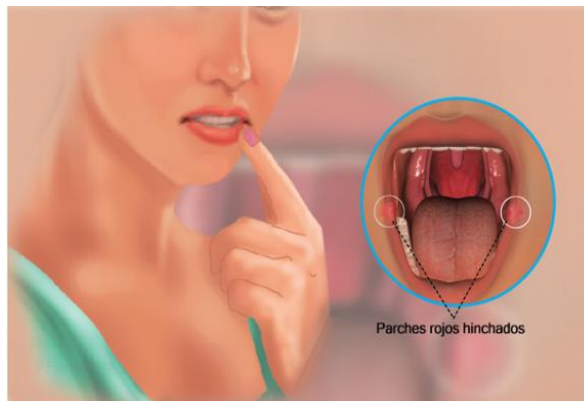
³ Doctora, Master y Docente de la Universidad Guayaquil. Ecuador

⁴ Doctor, Master y Docente de la Universidad Guayaquil. Ecuador

⁵ Odontólogo, Especialista y Docente de la Universidad Guayaquil. Ecuador



La candidiasis es la micosis más frecuente de la boca que aparece en la infancia, aunque puede atacar a adultos, provocando placas blancas adherentes distribuidas irregularmente en la mucosa bucal, que suele acompañarse de inflamación y grietas de las comisuras labiales y de costras en labios.



La queilitis puede evolucionar en pacientes dentados y desdentados, en los que la disminución de la altura facial oclusiva favorece el contacto continuo con la saliva, que pudiera deberse a que la reducción de la altura y el ajuste de los labios entre sí, y parte de la piel próxima a las comisuras, forman un pliegue que se mantiene húmedo por la saliva, se macera y se infecta.

Se considera que esta disminución es la causa que con mayor frecuencia provoca la enfermedad, aunque existen otras, como por ejemplo: la moniliasis o candidiasis mencionada anteriormente, que con el advenimiento de los antibióticos y VIH, ha aumentado su frecuencia en adultos; trastornos nutricionales; trastornos hematológicos, en que los cambios en la cavidad bucal con frecuencia son la primera indicación de un trastorno hematológico, sin embargo, no son índices patognomónicos que permiten precisar el carácter de la enfermedad, como en el caso de la anemia secundaria (Microcética hepociómica), que presenta en los casos graves cambios atróficos de la lengua.

La combinación de anemia, grietas en las comisuras labiales, enrojecimiento de la lengua y disfagia se conoce con el nombre de Phummer-Vinson. Ocurre principalmente en mujeres y depende de la carencia de hierro y complejo vitamínico B.

Otros autores como Batista y Serrano⁴ exponen las características fundamentales de la neuropatía epidémica que se presentó en Cuba a partir del 1992, y descubren manifestaciones clínicas en el aparato genito-urinario, cardiovascular, neurológico, psíquico y otros. Al descubrir manifestaciones digestivas plantean que en los pacientes estudiados se presentó al nivel de boca estomatitis, glositis (20 %), queilosis (18 %) y en un porcentaje menor, encías sangrantes.



A esta lesión no se le da a veces la importancia requerida, y el paciente se siente motivado para ir a consulta por la afectación estética con el consiguiente trastorno en su bienestar social, y no por una preocupación puramente de salud-enfermedad. Por ser esta lesión predictiva de trastornos de salud y por la frecuencia e importancia que le conferimos en nuestra especialidad, nos motivamos a realizar esta revisión bibliográfica, con el objetivo de actualizar conocimientos sobre la misma.

Clasificación y formas clínicas más comunes de presentación en la Queilitis

Generalmente la queilitis se encuentra para su estudio dentro de la clasificación de la candidiasis, porque aparece frecuentemente asociada con la lesión. De forma esporádica, aparecen clasificaciones que designen solo la inflamación de la comisura.

En los trabajos de Santana, en la clasificación sobre *Candida albicans*, aparece de la siguiente forma:

- Candidiasis pseudomembranosa aguda.
- Candidiasis hiperplásica crónica.
- Perleche (queilitis angular).
- Granuloma crónico moniliásico.

La clasificación clínica de la candidiasis según el Centro de Colaboración de Manifestaciones Bucales de la infección por el VIH2 perteneciente a la OMS, es la siguiente:

- Eritematosa.
- Hiperplásica.
- Pseudomembranosa.
- Queilitis angular (estomatitis comisural).

En la clasificación en que aparece como lesiones micóticas asociadas a otras lesiones se plantea:

- Queilitis angular.
- Glositis romboidal media.
- Estomatitis por prótesis.



Si tenemos en cuenta que la queilitis es el estado inflamatorio de la mucosa al nivel del ángulo labial, podemos nombrar otras clasificaciones:

Dechaume y colaboradores plantean: 7

- Queilitis mucosa aguda y crónica.
- Queilitis microbiana impetigenosa y estreptocócica: aguda y crónica.
- Queilitis de contacto; puede ser labial, queilitis o dermatitis por pasta dentrífica, o queilitis alimentaria.
- Queilitis comisural (perleche).

Además, menciona las llamadas queilitis glandulares y las macroqueilitis.

Patogenia y etiología

Los factores causales y conocidos son diversos, aunque su agente etiológico fundamental es la *Candida albicans*, pero puede obedecer a trastornos y enfermedades generales. Se considera que la disminución de la dimensión vertical oclusiva es la causa más frecuente de la queilitis, y en especial de la queilitis angular.^{1,5,7} Esta disminución de la altura facial facilita la formación de pliegues laterales profundos que son bañados con saliva de forma constante, lo que crea un ambiente de humedad propicio para la colonización por *Candida*, lesión característica que se manifiesta como fisuras profundas y dolorosas cubiertas por una membrana blanquecina.^{1,5,6,11}

Otros autores asocian la presencia de queilitis con estados inmunodeprimidos, carencia de alimentos o vitaminas.

Saizar plantea como causa de queilitis angular, la dimensión vertical disminuida y mordidas bajas en pacientes dentados. Stanley plantea carencia de vitaminas B2 y B6. Santana plantea la anemia megaloblástica y déficit de vitaminas B2 y B6. Dechaume asocia la queilitis con diabéticos, etílicos cirróticos, asiáticos, inmunodepresión. Reichart plantea la presencia de queilitis en diabetes, estados inmunodeprimidos, SIDA y disminución de la dimensión vertical.

Agrupando los diferentes criterios, para facilitar su estudio, las queilitis pueden ser producidas por: Factores generales:



- Trastornos nutricionales.
- Alteraciones endocrinas (diabetes).
- Anemias.
- Carencias vitamínicas.
- Defectos de inmunidad.
- Tratamientos citotóxicos o inmunosupresores.
- Etílicos cirróticos.
- Infancia, vejez.

Factores locales:

- Disminución de la dimensión vertical oclusiva en pacientes dentados y en desdentados totales o parciales, rehabilitados o no.
- Irritantes (sustancias químicas).
- Hipersensibilidad.
- Hábitos o traumatismos provocados por el mordisqueo de las comisuras provocando irritación crónica.

Tipos de queilitis: Cuadro clínico

Queilitis mucosa:

Aguda: aparece en la semimucosa labial (zona de Klein). Se presenta como enrojecimiento, vesículas, edemas y costras.

Crónica: eritema, escamas, o fisuras dolorosas.

Queilitis microbianas:





- Queilitis impetiginosa: es frecuente en niños convalecientes de una enfermedad infecciosa o relacionada con un impétigo cutáneo (de cara), donde el contagio se produce por propagación directa de la piel a la mucosa. Esta queilitis es más acentuada en el labio inferior.
- Queilitis estreptocócica aguda: se inicia con estado febril, hay enrojecimiento, edema y después costras y adenitis. El punto de partida puede ser una infección dentaria (gingivitis o periodontitis).
- Queilitis estreptocócica crónica: las manifestaciones son escamas gruesas, que se presentan bilateralmente como erosión epidérmica en abanico de color rosa oscuro, húmeda y sembrada de pequeñas costrillas, a veces ayudada por factores sobreañadidos como carencia por hambre o vitamínicos favorecen la combinación con una candidiasis y tic de los labios (mordisqueo de los labios o incluso succión del pulgar o de sábanas del niño).

Queilitis de contacto:

- Queilitis del lápiz de labios: aparece bruscamente después de una o más aplicaciones de un agente, se inicia una reacción inflamatoria en el labio por mecanismos de hipersensibilidad. La exposición adicional al agente sensibilizante en concentraciones suficientes conduce dentro de un plazo de 24 a 48 horas a una reacción clínica o eritematosa. Se inicia con sensación de sequedad o quemazón en los labios con eritema. Esta queilitis puede infectarse secundariamente con estreptococo, que provoca un edema más intenso y la formación de fisuras en los labios y en la comisura, acompañados de adenopatías submaxilares o submentonianas. Su etiología se le adjudica a colorantes (eosina, eritrosina), perfumes, excipientes (cuerpos grasos, cera blanca, manteca de cacao).
- Queilitis por pasta dentrífica: presenta las mismas características que la queilitis anterior y se le atribuye a sustancias como hexilresorainol, solución de formaldehído, timol, etc.; también puede aparecer con enjuagues o coluturios.
- Queilitis alimentaria: se presenta después de la ingestión de ciertos alimentos o bebidas (alcoholes, especias, berros, higos frescos, etc.). También estas sustancias



pueden estar contenidas en los alimentos como preservadores. En estas queilitis, para su diagnóstico, debemos cumplir los siguientes criterios:

1. La queilitis debe tener características clínicas consistentes con la alergia de contacto.
2. Los cambios deben resolverse rápidamente al retirarse el alérgeno.
3. Al renovarse el contacto con el alérgeno los signos de la reacción reaparecerán en pocas horas.

Queilitis solares-lusitis solares labiales:

Personas sensibles a la acción del sol o de la luz artificial padecen de esta enfermedad. Esta fragilidad, a veces familiar, existe ya desde edades tempranas. Constituye una reacción inflamatoria aguda o crónica de la mucosa o la submucosa del labio asegurado por una exagerada exposición a este elemento físico. Se inicia por un eritema seguido de un edema, formación de vesículas en el espacio de algunas horas, los labios se vuelven rojos, tensos y dolorosos. Al protegense contra el sol, la inflamación se remite en el curso de 8 a 15 días, y cura después de una decamación fina.

Queilosis: (queilitis comisural, queilitis angular, estomatitis comisural, estomatitis angular):

Es una inflamación que se localiza en las comisuras labiales con eritema y formación de costras en la que se puede instalar la *Candida albicans*. Esta alteración tiene mayor prevalencia en sujetos que presentan pliegues profundos en las comisuras.

La lesión del pliegue final del labio en un ambiente de humedad propicio para la colonización de la *Candida*, forma una membrana blanquecina, que al limpiarla con una gasa deja un fondo nacarado y brillante.

La estomatitis angular es, sin embargo, un signo característico particular de la candidiasis y es común a todas las múltiples variantes de la enfermedad, puede ser bilateral y se asienta en las comisuras bajo la forma de erosión epidérmica en abanico, es muy rebelde y sujeta a recidivas incesantes, involucra el fisuramiento y ruptura de los ángulos de la boca. Es frecuente y se



observa en niños diabéticos, etílicos cirróticos, en personas con pérdida de dimensión vertical y en pacientes con carencia de vitaminas del complejo B

Cuando se produce con carencia de vitaminas se acompaña de glositis, alteraciones cutáneas y oculares, es casi siempre el signo más temprano y característico de la carencia, pero no es manifestación obligada ni patognomónica de arrebóflavinosis. El trastorno comienza con áreas pálidas de las comisuras labiales, con hiperqueratosis epidérmicas e infiltrado inflamatorio dérmico de las comisuras bucales agrietadas, maceradas hemorrágicas e inflamadas. También produce queilosis angular muy similar al déficit de vitamina B2, el déficit de piridoxina (vitamina B6 y B12).

La estomatitis angular se considera un indicativo típico de anemia. La anemia y la Candida están frecuentemente asociadas; en los casos de anemia por déficit de hierro los pacientes presentan una piel pálida, signo que es más obvio en la conjuntiva y en la mucosa bucal.

Sus manifestaciones bucales son comunes y muchos pacientes se quejan de sensación de quemazón en la lengua, boca seca, queilitis angular, y rara vez dificultad para tragar; como explicamos antes, resulta frecuente la infección por Candida, ya que en esta anemia ocurre un defecto de la inmunidad; el estafilococo áureo se encuentra asociado con la Candida.

En el diabético las manifestaciones bucales no son específicas, hay una resistencia reducida a los traumas y la curación es deficiente. Están presentes con frecuencia la queilitis angular y la enfermedad paradontal grave. La crecida susceptibilidad se debe probablemente al elevado contenido de azúcar en los tejidos, que a su vez facilitan el crecimiento de la Candida, aunque algunos resultados no avalan esta teoría, porque la proporción de positividades en cultivos de Candida en sujetos diabéticos presenta poca diferencia con la población control.

En los etílicos se presenta la queilitis angular por Candida albicans. El alcohol deprime el sistema inmunológico y provoca disturbios en todos los ejes adrenales. En un estudio realizado a alcohólicos en un centro en Minneapolis se encontró que la candidiasis es una complicación común del alcoholismo, a causa de la combinación del alto contenido de azúcares en el alcohol y la incapacidad de los alcohólicos para asimilar nutrientes.



En la infección por VIH, la queilitis angular con candidiasis es una manifestación de la enfermedad que se presenta en 1 de cada 10 pacientes con VIH,12 donde la Candida se presenta sola o asociada con el estafilococo áureo. Se presentan otros signos como sensibilidad leve, ardor o ambos. Puede presentarse durante el período inicial y el de VIH progresivo, algunas veces en conjunto con xerostomía. En la etapa pre-SIDA, es común ver queilitis en pacientes con disminución de la dimensión vertical oclusiva o trastornos por avitaminosis B. No es frecuente en pacientes jóvenes.

La queilitis angular se presenta también en la enfermedad inmunoproliferativa del intestino delgado junto con otros signos, como son lengua depapilada de color rojo, disminución del vello axilar y pubiano, y dedos en forma de palillos de tambor.

En el anciano, hay una disminución fisiológica de la producción salival, unido con una serie de condiciones como son la pérdida de la dimensión vertical por el desgaste de sus dientes naturales o por la abrasión de los artificiales, así como la pérdida en ocasiones de sus prótesis que facilita un babeo comisural y una retención salival sobre el área comisural, todo lo cual constituye factores favorables para la formación de queilitis y excelente caldo de cultivo para los hongos.

Métodos terapéuticos para el tratamiento de la Queilitis

El término queilitis es el que con más frecuencia aparece en la literatura revisada, pero el más actualizado es estomatitis comisural. Este nombre se define o aparece para la lesión relacionada con la candidiasis, mientras que la queilitis involucra la inflamación de las comisuras independientemente de la etiología.

La queilitis es una lesión de indicación de varias enfermedades generales, que forman parte simplemente del dato sugestivo o sugerente de una enfermedad. No es índice patognomónico, aunque siempre suele aparecer en trastornos nutricionales, trastornos hematológicos, candidiasis, y en el VIH; en este último puede presentarse la queilitis asociada solo con candida, o además con el estafilococo áureo.



Como la queilitis obedece a causas múltiples, el tratamiento es en ocasiones complejo, pero con mayor frecuencia se utiliza el tratamiento local.

Los factores causales son diversos, y aunque su agente etiológico fundamental es la *Candida albicans*, puede tener otros agentes etiológicos, como son la disminución de la dimensión vertical oclusiva, estados inmunodeprimidos, carencias de vitaminas, irritantes locales, hipersensibilidad, agentes microbianos, hábitos y otros.



Sinonimia: boquera, candidiasis angular, estomatitis angular, perlada, queilitis angular, estomatitis comisural, queilosis, perleche, estomatitis angular, queilitis comisural.

En pacientes sometidos a tratamientos citotóxicos o inmunosupresores, sobre todo los que son de irradiación de cabeza y cuello, hay afectación de la mucosa bucal y obstrucción de glándulas salivales grandes y pequeñas dando lugar a xerostomía, lo que facilita la invasión por hongos y *Candida albicans* que puede presentarse en forma de queilitis angular.

Tratamiento de la Queilitis

- Queilitis microbiana: se plantea en estos casos la utilización de antisépticos (crema Dalibour) y antibióticos locales como Neomicina y Aureomicina.

- Queilitis por contacto: detectar el elemento causal (sustancia química) es difícil en ocasiones, pero la primera medida es la supresión del cuerpo nocivo, antihistamínicos en caso de que lo requiera, aplicación de linimentos oleocalcáreos o cold cream y/o crema de Ictiol.
- Queilitis solar: evitar en esta etapa la acción directa del sol.
- Queilitis angular: el tratamiento consiste en antisépticos alcalinizantes, si hay candidiasis se utilizan antifúngicos locales y en dependencia de la etiología se puede administrar hierro, vitaminas, según al caso, previa comprobación e indicación médica. Puede realizarse control de factores predisponentes y rehabilitación práctica con el restablecimiento de la dimensión vertical oclusiva.

Agentes tópicos: los agentes tópicos incluyen nistatina en tabletas para chupar (1 ó 2 pastillas disueltas en la boca 4 ó 5 veces al día.

- Clotrimazol oral y nistatina suspensión oral; por su alto contenido de azúcar y el corto tiempo de contacto con la mucosa oral, lo hace menos efectivo.
- Crema o ungüento de Nistatina, Clotrimazol, Ketoconazol, una de ellas 3 ó 4 veces al día durante 5 días. 14,20
- En los pacientes con VIH cuando las lesiones recidivan pueden ser tratados con Ketoconazol oral (entre 200 y 400 mg al día).
- Otros medicamentos utilizados son Straconazol y Flucanól en dosis de 200 mg/día, los que permiten un rápido alivio de los síntomas.
- Soluciones orales de Anfotericina B en concentración de 0,1 mg/mL enjuagatorios 3 ó 4 veces al día.
- Buches alcalinos: agua bicarbonatada
- Gluconato de clorexidina al 0,2 %

En pacientes que utilizan rehabilitaciones protésicas, se aconseja combinar los enjuagatorios y lavado de la prótesis con solución de gluconato de clorexidina con la aplicación en la lesión de cremas. Pueden realizar también enjuagatorios con hipoclorito de sodio o también agua bicarbonatada.



Medicina natural y tradicional

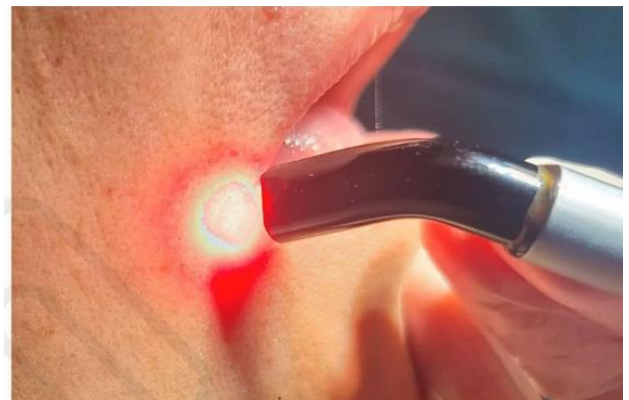
- Salvia de castilla crema: acción antiinflamatoria, antifúngico. Aplicar 2 ó 3 veces al día en la región afectada.
- Manzanilla crema 1: acción antiinflamatoria, antifúngico, antibacteriana. Aplicar 1 a 2 veces al día.
- Propóleo crema con base inerte: acción antifúngica, cicatrizante antiinflamatorio. Aplicar 2 ó 3 veces al día.

También se puede utilizar la homeopatía como tratamiento, conocemos de casos tratados con éxito por esta terapéutica, pero creemos que los profesionales homeópatas son los únicos capacitados para emplear diluciones adecuadas en cada caso.

Láser: en el tratamiento de la queilitis angular se ha establecido la utilización de láser- terapia, con el equipo Lasermed 101 MD de baja potencia, utilizando su efecto regenerativo o biomodulador y antiinflamatorio que consiste en la reparación hística por el incremento de la multiplicación celular.

La producción de sustancia colágena activa la fosfatasa alcalina y el endotelio vascular, e induce la revitalización de células a partir de las células epiteliales adyacentes a la lesión. También el efecto antiinflamatorio que tiene una acción normalizadora sobre la microcirculación, con incremento del riego sanguíneo, oxígeno y elementos celulares de defensa del tejido afectado. (Garrigó MI. Procedimientos técnicos para la aplicación de la terapia láser en Estomatología. Tesis para optar por el título de Especialista de I Grado en EGI. Ciudad de La Habana, 2000).

Se ha utilizado la **láser- terapia** con los parámetros antiinflamatorios y regenerativos, por lo que este tratamiento se realiza con la presencia de otros tratamientos, en dependencia del origen de la queilitis, como son, por ejemplo: antifúngicos, antianémicos, rehabilitaciones protéticas, etc.





Dosificación:

Equipo Lasermed 101 MD (Garrigó MI, citado anteriormente).

Potencia: 0,8 mw.

Tiempo: 30seg.

Sesiones: 3 a 5 frecuencias diarias.

Técnica de irradiación puntual local: circuncubriendo la lesión.

Láser- puntura: IG4, E 36, B6.

Conclusiones

- La queilitis angular es la forma clínica más encontrada en nuestra revisión y el término más utilizado junto con el de estomatitis comisural.
- La queilitis puede constituir una manifestación (signo) o aviso de algunas enfermedades generales.
- Se presenta la queilitis angular asociada con la *Candida albicans*, por lo tanto, aparece dentro de la clasificación de esta micosis.
- El tratamiento de la queilitis estará en dependencia de su etiología, y como obedece a causas múltiples, el tratamiento en ocasiones es complejo, pero con mayor frecuencia se utiliza tratamiento local con agentes tópicos, el que se puede combinar con tratamientos orales. En estos tratamientos se pueden incluir los de medicina natural y tradicional y la utilización de láser terapia por sus buenos resultados.

Referencias

1. Gómez de Ferraris, Campos Muñoz. Histología, embriología e ingeniería tisular bucodental. 4ta Ed. Madrid, España: Editorial Panamericana; 2019.



2. Villagrán B, Soto D, Vial V, Rodriguez C, Misad C. Queilis exfoliativa. Rev. Chilena Dermatol. 2015; 31 (3) : 287 - 290. (Bibliografía, CC Benedicto Villagrán)
3. Hernandez C, Fuentes B, Cartes R. Queilitis actínica: aspectos histológicos, clínicos y epidemiológicos. Rea Cubana Estomatol. 2016; 53 (2): 45-55. (Bibliografía Revista cubana)
4. Fonseca A, Jacob S, Single A. International Journal of Women's Dermatology, 2020; 6: 377-380. (artículo de dermatitis)
5. Arredondo J, Dominguez L, Guinto G, Granados J, Heinze G et. al. Queilitis en la práctica médica. Boletín de información clínica terapéutica, 2008; 17 (4): 3-5. (Bibliografía boletín de información clinica)
6. Tyldesley W. Exfolitive cheilitis. British Journal of Oral Surgery 1973; 10, 357-359.
EXFOLIATIVE CHEILITIS W. R., TYLDESLEY
7. Ann S, Tawfeek B. Exfoliative Cheilitis: Report of a case. Journal of the Canadian Dental Association 2007; 73 (7): 629-632.
8. Rogers RS, Bekic M. Diseases of the lips. Semin Cutan Med Surg 1997;16(4):320–36.
9. López Sánchez AF, Sobrino del Riego JA. Tratamiento de las lesiones frecuentes de la mucosa bucal. JANO 2009; 1728: 27-34.
10. Almazrooa S, Woo S, Mawardi H, Treister N. Characterization and management of exfoliative cheilitis: a single-center experience. Oral medicine 2013; 116 (6): 485-489.
11. Mani SA, Shareef BT. Exfoliative cheilitis: report of a case. J Can Dent Assoc. 2007;73(7):629–32.
12. Taniguchi S, Kono T. Exfoliative cheilitis: a case report and review of the literature. Dermatology 1998; 196(2):253–5.
13. López J, García E, Sáez M, Castaño D. Queilitis exfoliativa. Rev Clín Med Fam 2019; 12 (1): 21-23.



14. Thongprasom K. Glycerin borax treatment of exfoliative cheilitis induced by sodium lauryl sulfate: a case report. *Acta Stomatol Croat.* 2016; 50 (1): 158-61.
15. Daley TD, Gupta AK. Exfoliative cheilitis. *J Oral Pathol Med* 1995; 24(4):177–9.
16. American Academy of Dermatology. 7 dermatologists’ tips for healing dry, chapped lips [Internet]; 2020.
17. Lugovic-Mihic L, Pilipovic K, Crnaric I, Situm M, Duvancic T. Differential diagnosis of cheilitis – How to classify cheilitis. *Acta Clin Croat* 2018;57(2):342–51. 18. Dyll-Smith D. Contact reactions to lipsticks and other lip care products. [Internet]; 2010.
19. Greenberg S, Schlosser B, Mirowski G. Diseases of the lips. *Clin Dermatol* 2017; 35 (5): 1–14.
20. Zhou LL, Pratt M. Allergic contact cheilitis from a variety of lip balm ingredients. *J Cutan Med Surg* 2018; 22(3): 333–5.



Capítulo 5. manejo clínico y farmacológico de paciente con sialorrea

Héctor Gonzalo Guzmán Gallardo¹. (hector.guzmang@ug.edu.ec) (<https://orcid.org/0000-0002-6075-7107>)

Juan Carlos Suárez Palacios². (juan.suarezpa@ug.edu.ec) (<https://orcid.org/0000-0003-2909-7558>)

Denisse Alexandra Arroyo Apolo³. (denisse.arroyoa@ug.edu.ec) (<https://orcid.org/0000-0001-6749-0866>)

Rolando Saez Carriera⁴. (rolando.saezc@ug.edu.ec) (<https://orcid.org/0000-0002-3902-9113>)

Raúl Andrés Michalon Acosta⁵. (raul.michalona@ug.edu.ec) (<https://orcid.org/0000-0001-6312-0710>)

Resumen

La sialorrea es una patología de etiología multifactorial, conocida como hipersalivación, tialismo o drooping que representa el exceso de saliva en la cavidad bucal relacionada a las glándulas salivales, considerando a la glándula parótida la principal responsable de dicha enfermedad, debido a diversas alteraciones sistémicas, ocasionando un problema social e incomodando al paciente. Objetivo: Describir el manejo clínico y farmacológico de la sialorrea y mejorar el estado de vida de la paciente. La metodología es observacional, descriptiva y transversal. Caso clínico: Paciente de sexo femenino, de 17 años que ha presentado complicación desde su infancia empezando por mojar la almohada cuando dormía y también pasando por momentos embarazosos como tener mojada su ropa, manifestando que todo comenzó después de un tratamiento farmacológico para la infección cuando era una niña. El tratamiento de elección que se utilizó es por vía inhalatoria a base de glicopirrolato tomando en cuenta a los agentes anticolinérgicos ya que son los pilares de la terapia farmacológica debido a la reducción del

¹ Doctor, Master y Docente de la Universidad Guayaquil. Ecuador

² Odontólogo, Especialista y Docente de la Universidad Guayaquil. Ecuador

³ Odontóloga, Master y Docente de la Universidad Guayaquil. Ecuador

⁴ PhD, Especialista, Master y Docente de la Universidad Guayaquil. Ecuador

⁵ Doctor, Master y Docente de la Universidad Guayaquil. Ecuador



volumen de saliva por efecto del bloqueo reversible de los receptores colinérgicos muscarínico, el cual fue empleado una vez al día durante dos meses considerando la evolución del paciente junto a un proceso terapéutico. Conclusiones: El desconocimiento de esta patología por parte de los familiares del paciente, agregando a esto la falta del tratamiento oportuno, contribuyo notablemente en la evolución de la misma.

Abstract

Hypersalivation is a pathology of multifactorial etiology, known as hypersalivation, tialism or fall that represents the excess of saliva in the oral cavity related to the salivary glands, considering the parotid gland the main responsible for this disease, due to various systemic alterations, causing a social problem. and make the patient uncomfortable. Objective: To describe the clinical and pharmacological management of hypersalivation and improve the patient's state of life. The methodology is observational, descriptive and transversal. Clinical case: 17-year-old female patient who has presented a complication since childhood, starting with wetting the pillow when she slept and also going through embarrassing moments such as having wet clothes, stating that everything began after a pharmacological treatment for the Infection When i was a child. The treatment of choice used is glycopyrrolate-based inhalation, taking into account anticholinergics since they are the mainstays of pharmacological therapy due to the reduction in the volume of saliva due to the reversible blockade of muscarinic cholinergic receptors. It was used once a day for two months considering the evolution of the patient together with a therapeutic process. Conclusions: The ignorance of this pathology by the patient's relatives, added to the lack of timely treatment, contributed significantly to its evolution.

Palabras clave: sialorrea, drooping, glicopirrolato, anticolinérgicos.

Keywords: hypersalivation, fall, glycopyrrolate, anticholinergics.

Introducción

La sialorrea también conocida como hipersalivación o “drooling”, es de etiología multifactorial. Con características clínicas como exceso de saliva incontrolada ya sea por una disfagia o un déficit motor perioral, el cual se considera normal cuando comienza la erupción dental que ocurre



en los bebés entre los 15 y 36 meses, de tal forma que se convierte en una patología fuera de este periodo de tiempo, el cual trata de un fenómeno aislado o en relación a varios desórdenes neurológicos como el Síndrome de Down (SD), Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), Parálisis Cerebral (PC), Enfermedad de Parkinson (EP) o efectos secundarios a medicaciones (1).

La hipersalivación, también conocida como tialismo, sialorrea o babeo crónico, es una patología bucal que consiste en la producción de saliva a niveles anormalmente altos o la incapacidad del paciente para tragar la saliva, fenómenos que repercutirán directamente en su vida diaria.

La hipersalivación se puede clasificar en dos tipos de casos:

- Hipersalivación anterior: es el tipo de sialorrea más visible, ya que produce al paciente una incontinencia de la saliva, que termina desbordándose fuera de la boca.
- Hipersalivación posterior: este tipo de sialorrea consiste en que el flujo de saliva que producen las glándulas salivales se va hacia la faringe. Es el tipo menos visible, pero puede provocar problemas de respiración.



Las patologías anteriormente mencionadas causan una incoordinación durante la fase oral de la deglución que da lugar al acumulo de saliva en la porción anterior de la boca y su posterior derrame, lo cual puede causar rechazo social o pena constante de modo que también puede llegar a generar neumonía por aspiración debido a la falta de efectividad durante la deglución o padecer de escoriaciones e infecciones de la piel por la humedad contante específicamente por *Cándida albicans* y *Staphylococcus aureus* (2).

Esta patología está relacionada con las glándulas salivales como la parótida, submandibulares y sublinguales, siendo la parótida la más larga ubicada en la región preauricular a lo largo de la superficie posterior de la mandíbula, la cual está dividida por el nervio facial en un lóbulo superficial y profundo, desarrollando así la mayor cantidad de salivación en relación a las otras



glándulas. Ante esta patología se desarrollan problemas para ingerir como resultado de una función neuromuscular alterando la actividad de la deglución (3).

La glándula parótida produce una secreción serosa rica en proteínas como amilasa que representa aproximadamente el 25% de la saliva total y tiene como función principal la descomposición de los carbohidratos complejos, así como la glándula submandibular representa la fracción de volumen más grande de la secreción salival total, y se caracteriza histológicamente por la presencia de acinos serosos y mucosos que liberan secreciones ricas en enzimas que promueven la degradación de carbohidratos y secreciones ricas en mucina, al igual que las glándulas sublinguales como predominante en la mucosa (4).

La saliva tiene un efecto depurativo y desinfectante con relación a su contenido lisosomal, como la glándula parótida que produce agua, electrolitos y proteínas. Adicionando a esto que la saliva es serosa y viscosa debido a que las glándulas submandibular y sublingual producen mucopolisacáridos (5).

Los grandes rasgos, las causas de sialorrea se pueden englobar en dos grandes grupos:

1. Producción excesiva de saliva: esta suele estar causada por el consumo de ciertos medicamentos.
2. La imposibilidad de tragar la saliva: aunque la producción de saliva es normal, el paciente no puede mantenerla en la boca o tragarla con normalidad. Suele darse por causas como:
 - Enfermedad de Parkinson.
 - Parálisis faciales.
 - Daño cerebral o secuelas del mismo.
 - Enfermedades neurodegenerativas como la Esclerosis lateral amiotrófica (ELA).
 - Colocación de una ortodoncia, prótesis dental o inflamación de las encías.

Por ello, es fundamental acudir periódicamente a la revisión de nuestra ortodoncia o, si se da el caso, de nuestra prótesis dental para poder detectar este tipo de problemas de forma rápida y eficaz.



Fuera de estas causas principales, existen algunos casos en que la hipersalivación se puede dar de forma temporal:

- Los bebés y niños suelen pueden pasar etapas de hipersalivación como consecuencia de la formación de los dientes o la falta de control de los músculos de la mandíbula.
- También es un fenómeno común en las mujeres embarazadas, provocado por los cambios hormonales y las etapas de náuseas y vómitos.

Diagnóstico

La sialorrea se suele diagnosticar principalmente por el testimonio de los cuidadores del paciente, que dicen tener un babeo constante. Para realizar un diagnóstico más específico se suele recurrir a diferentes escalas.

Escalas de valoración clínica:

Una evaluación correcta precisa conocer la frecuencia, la intensidad y el impacto en la vida diaria del paciente y la familia.

Para ello disponemos de diferentes escalas:

Cuestionarios de gravedad del babeo (Thomas-Stonell y Greenberg): Permiten una valoración completa de la frecuencia e intensidad de la sialorrea del paciente y facilitan monitorizar la respuesta al tratamiento.

Cuestionario de repercusión sobre calidad de vida: La escala de impacto de babeo (Drooling Impact Scale, anexo 1) se ha diseñado para evaluar los cambios a lo largo del tiempo en el impacto de babeo en los niños con trastornos neurológicos.

Está específicamente diseñada para cuantificar a corto y medio plazo la respuesta y beneficios de los tratamientos se intervenciones para el control de la sialorrea. La escala de frecuencia de babeo está diseñada para evaluar la intensidad del babeo en las actividades cotidianas. En nuestros pacientes en 7 Síntomas que te avisan de la hipersalivación

Los signos más comunes en la hipersalivación o sialorrea son los siguientes:



- Babeo continuo
- Halitosis (mal aliento)
- Sequedad y descamación en los labios
- Fatiga muscular en la mandíbula
- Dermatitis en la zona del mentón
- Alteraciones en el sentido del gusto
- Tos y náuseas en los casos de hipersalivación posterior

Países como Chile han presentado diferentes casos de sialorrea asociadas a una neurogénica infantil, junto a un manejo con toxina Botulínica A, lo que han considerado como una herramienta útil en pacientes con una sialorrea severa con traqueotomía y ventilación mecánica asociado a disfagia con vía de alimentación segura (6). De tal forma que también se ha empleado para niños con diagnóstico de parálisis cerebral, generando complicaciones físicas y psicosociales que llegan a impactar la calidad de vida, obteniendo resultados satisfactorios bajo una guía ecográfica como una buena alternativa terapéutica para la reducción de la hipersalivación (7).

Así mismo han tenido un manejo mediante una terapia conductivo-conductual y estimulación termo-táctil, en la cual se han desarrollado efectivamente, sin embargo, no se ha logrado evidenciar diferencias estadísticas significativas (8). Al igual que en Argentina comparte que los pacientes han sido afectados por enfermedades neurológicas crónicas como las que han sido mencionadas (9). En Ecuador también consideran a los pacientes mayores de 65 años post accidente cerebro vascular como hacedero de dicha patología (10).

Tratamientos para la hipersalivación

Ante los síntomas de sialorrea, el paciente deberá acudir a consulta con un especialista en Odontología o Estomatología, quién podrá estimar el grado de hipersalivación que presenta y las causas que han podido provocarla para iniciar el mejor remedio.

Según el origen de la hipersalivación, los tratamientos más comunes son los siguientes:

- Fisioterapia y entrenamiento oral: en los casos leves de pacientes con problemas en el control de los músculos faciales o en los reflejos neuromusculares se establecerán



rutinas de ejercicios de fisioterapia facial y logopedia con el fin de que los pacientes mejoren el control de su mandíbula.

- Tratamiento farmacológico: cuando la hipersalivación se produce por efecto de un medicamento, se recomienda frenar la administración de este fármaco y sustituirlo por otro que no provoque síntomas de salivación excesiva. Es muy importante en todo caso seguir las indicaciones del especialista antes de frenar la ingesta de un medicamento o sustituirlo por otro.
- Inyecciones de toxina botulínica: un tratamiento muy eficaz para la hipersalivación es la inyección de toxina botulínica sobre las glándulas salivales. Este tratamiento se recomendará solo en aquellos casos en que la sialorrea esté provocada por una excesiva producción de las glándulas salivales, que se taponarán parcialmente con la toxina botulínica (bótox) reduciendo así su actividad
- La ventaja de este tratamiento es que es muy efectivo e inmediato, pero su inconveniente es que los resultados no son permanentes: el efecto de las inyecciones durará seis meses aproximadamente y necesitará un mantenimiento.
- Cirugía de la hipersalivación: en los casos severos o en aquellos que se busca una solución permanente, se recomienda realizar el tratamiento quirúrgico para la hipersalivación, que consiste en la extracción de algunas glándulas salivales para reducir la producción, o ligar los conductos liberadores de la saliva.

Este tratamiento quirúrgico se recomienda solo en pacientes que no han mejorado con otros tratamientos y cuya hipersalivación les impide desarrollar su vida normal.

La medicación anticolinérgica es uno de los tratamientos más utilizados para el babeo debido a que estos agentes bloquean los receptores muscarínicos colinérgicos que estimulan la producción de saliva por tal motivo se debe variar el método y frecuencia de administración y dosificación, entre ellos se destacan la atropina, clorhidrato de benzhexol, benzotropina, bromuro de glicopirrolato y parches de escopolamina (11).

Es así como el sulfato de atropina bloquea los receptores muscarínicos en las glándulas salivales y conduce a una producción de saliva, es por tal motivo que el glicopirrolato, benzotropina,



escopolamina y trihexifenidilo son los fármacos más utilizados debido a sus resultados significativos en la reducción del flujo de saliva (12)

Los agentes anticolinérgicos son los pilares de la terapia farmacológica ya que reducen el volumen de saliva por efecto del bloqueo reversible de los receptores colinérgicos muscarínico, así como también se puede emplear técnicas terapéuticas como cirugía, radiación, técnicas de posición y terapia motora bucal en la que consiste realizar ejercicios para mejorar la musculatura bucal (13).

Se debe considerar que el tratamiento para la sialorrea no es únicamente por medio de fármacos, sino también con la aplicación de Rimabotulinumtoxin B. ya que se obtiene favorables resultados desde la semana 1 y es considerado como un tratamiento seguro, eficaz y bien tolerado desde hace algunos años atrás (14).

Existen tratamientos con toxina botulínica A para la sialorrea que son inyectadas en las glándulas submandibulares y parótida junto con un numero de glándulas tratadas y es de este modo que la reducción de salivación es más significativa en pacientes con cuatro glándulas tratadas, que en pacientes con tres o dos glándulas (15). Es así como los tratamientos quirúrgicos que son empleados con dosis de BoNT-A son eficaces y seguros delante de dicho tratamiento, junto a una dosis empleada por el profesional (16).

El propósito en este reporte de caso clínico es describir el manejo y tratamiento farmacológico a seguir, tomando en cuenta que la hipersalivación puede presentarse como una alteración colateral de algún tratamiento farmacológico, u origen idiopático, omitiendo el acto quirúrgico.

Reporte del caso

El siguiente caso se refiere a una paciente femenina de 17 años, estudiante del último año de colegio, la cual no presenta ningún tipo de alteración sistémica, ni mucho menos familiar, refiere al motivo de consulta “quiero un tratamiento para la hipersalivación”. Se realizó el examen extrabucal identificándola con biotipo facial mesofacial, y su somatotipo es ectomorfo con relación a su herencia familiar, no presentando ninguna alteración en la articulación temporomandibular. Durante la exploración intrabucal la paciente presenta gingivitis con una



leve recesión de la encía, producto de la placa bacteriana, la cual es relacionada a los nutrientes y componentes de la saliva, la misma que llena el piso de la boca en pocos segundos teniendo un aspecto claro y muy fluido.

Por ser menor de edad y tratar de que no se vea alterada la información, es su madre quien relata lo ocurrido, manifestando que desde aproximadamente 2 años de edad, la paciente refleja este síntoma, en sospecha que pudo haberse presentado después de haber seguido un tratamiento farmacológico para la infección intestinal cuando era una bebé de aproximadamente 8 meses de edad, relata que durante las noches cuando la paciente dormía, se podía observar que lo hacía con la boca abierta y expulsaba unos ronquidos lo que ocasionaba que al día siguiente reflejara una almohada húmeda debido al babeo ocasionado durante la noche, teniendo así que cambiarla todos los días de la semana.

Manifiesta que en varias ocasiones cuando tenían que trasladarse a algún lugar la paciente de más de 7 años siempre se quedaba dormida con la boca abierta y es ahí donde se visualizaba un babeo en el que mojaba la ropa que llevaba puesta, posterior a esto cuando la paciente tenía 14 años fue llevada al especialista de otorrinolaringología para tratar su ronquido en el cual el tratamiento fue favorable por medio de inhaladores nasales dando lugar a la eliminación de estos.



Figura 1 Vista frontal y lateral. Fuente: Lucero-Guzmán.2021

En la actualidad la paciente menciona que cuando habla por mucho tiempo tiene que hacer una pausa, tragar su saliva, y por ende se pasa la lengua por sus labios, tratando así de controlarlo. La paciente fue evaluada según la escala de Thomas-Stonell y Greenberg para valorar la frecuencia y



severidad de la sialorrea, en la cual se obtuvo como resultado un nivel 2 que consiste en tener los labios húmedos en la que ocasionalmente tiene escurrimiento.

| Cuadro 1. Escala de valoración de Thomas-Stonell y Greenberg para la valoración de la frecuencia y severidad de la sialorrea adaptada para uso en el Instituto Nacional de Rehabilitación. | | | | | | | |
|--|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sialorrea | Severidad | Con toxina | | Postquirúrgico | | | |
| | | Pre | Post | 2 m | 4 m | 6 m | 1 a |
| • Seco (sin escurrimiento salival) | 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Leve (solo labios húmedos) | 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Moderado (labios y barbilla húmedos) | 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Severo (humedad de la ropa) | 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Profuso (la ropa, manos, bandejas, objetos a su alcance están mojados) | 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Frecuencia | | | | | | | |
| • Nunca tiene escurrimiento | 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Ocasionalmente tiene escurrimiento | 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Frecuentemente tiene escurrimiento | 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Constantemente tiene escurrimiento | 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Figura 2A. Escala de Thomas-Stonell y Greenberg Fuente: Cisneros-Hernández Treatment of patients with sialorrhea. A systematic review. 2017. Figura. 2B Severidad leve y frecuencia ocasionalmente tiene escurrimiento. Fuente: Lucero-Guzmán. 2021

El tratamiento farmacológico aplicado a la paciente fue por medio de glicopirrolato debido a su acción prolongada y su incapacidad de cruzar la barrera hematoencefálica haciéndola no invasiva, este fue administrado por vía inhalatoria con una dosificación de 100 ug/50 ug todas las noches a la misma hora durante dos meses, observando un cambio desde las dos primeras semanas con resultados satisfactorios.

Adicional a esto se han empleado técnicas motoras como masticar chicle sin azúcar por unos 7 minutos dando lugar a que la paciente pueda deglutir su saliva como un tratamiento terapéutico, acompañado de una dieta saludable, evitando alimentos ácidos y ricos en almidón (17).

En un comienzo durante el manejo clínico odontológico, se necesitaba cambiar a cada momento las torundas de algodón debido a que absorbía la saliva ejecutada, además del uso del succionador. Después del tiempo establecido la paciente manifestó satisfacción ante el tratamiento farmacológico empleado, al igual que seguridad al momento de socializar.



Figura 3A tratamiento de profilaxis, 3B después del tratamiento de profilaxis, 3C estado de la paciente con el tratamiento farmacológico. Fuente: Lucero-Guzmán. 2021

Es importante recalcar que aquel tratamiento empleado tiene una duración permanente, cumpliendo con el propósito en este reporte de caso clínico. Cabe mencionar que, al realizar el examen clínico intrabucal, presento gran cantidad de placa bacteriana entre sus dientes, debido a los componentes de la saliva, realizándole una profilaxis, dando lugar a la expulsión de una cantidad normal de saliva lo que permitió el trabajo del profesional sin ningún inconveniente.

Discusion

La sialorrea es un síntoma debido a un exceso de saliva incontrolada ya sea por una disfagia o un déficit motor perioral (1) el cual no es grave pero si llega a ser incomoda y causa inconvenientes en el día a día como la halitosis, así como la saliva contiene proteínas, glucoproteínas, hidratos de carbono, electrolitos, células epiteliales y leucocitos, también mantiene la hidratación de la boca y sus mucosas facilitando así la masticación, degustación y deglución de los alimentos además de prevenir las caries y proteger contra una desmineralización, de modo que dicha patología se produce con una hiperestimulación de los receptores periféricos de la mucosa oral (18).

Diferentes autores han manifestado que la sialorrea es una patología que se presentan en pacientes con trastornos neurológicos y en la mayoría de los casos han optado por un tratamiento quirúrgico que consiste en la aplicación de la inyección de toxina Botulinica A o B en las glándulas salivales para obtener resultados más favorables e inmediatos (19). La sialorrea se considera una patología multifactorial, pues en su origen intervienen causas de origen neuronal o infeccioso. La causa más común es la disfunción de los reflejos de deglución, por una



enfermedad neurológica, o un traumatismo cerebral, que no permite tragar adecuadamente la saliva y, por lo tanto, esta se acumula en el interior de la cavidad bucal. Finalmente, se expulsa al exterior originando un desagradable babeo.

Otra de las causas más frecuentes está asociada al uso de prótesis dentales removibles que, al apoyarse sobre la mucosa oral, la irritan y la boca reacciona produciendo más saliva. Este tipo de sialorrea suele ocurrir en prótesis removibles y es menos frecuente en la prótesis fija. La sialorrea también es común en aquellos pacientes que llevan aparatos de ortodoncia. Además, algunos tratamientos farmacológicos también pueden producir sialorrea, sobre todo aquellos en los que hay epinefrina. En estos casos el pronóstico del tratamiento es más favorable, pues la patología mejora con tan solo eliminar el fármaco. Por último, es importante mencionar que algunas patologías neurológicas, como la enfermedad de Parkinson y la esclerosis lateral amiotrófica ELA, también están asociadas a un exceso de saliva.

En los tratamientos farmacológicos se habla acerca del uso de atropina, clorhidrato de benzhexol, benztropina, bromuro de glicopirrolato y parches de escopolamina los cuales se han desarrollado eficazmente según diversos artículos publicados en PubMed, de forma que el tratamiento a base de glicopirrolato demuestra que el 73% de los niños fueron calificados con un babeo mejorado, 11% no presentaron cambios y el 5% empeoraron su situación (11) En comparación con el valor inicial hubo una evidencia clara de mejoría desde la primera semana; con relación a este caso clínico el tratamiento realizado se manifiesta con la obtención de un resultado favorable con una diferencia del tiempo, observando resultados a la segunda semana.

Concluyendo con el propósito establecido de este caso clínico, podemos resaltar que el tratamiento farmacológico fue en base al glicopirrolato, el cual ha sido utilizado por sus excelentes características y con mucho éxito, de tal forma que se identifica a los agentes anticolinérgicos ser los pilares de la terapia farmacológica debido a la reducción del volumen de saliva por efecto del bloqueo reversible de los receptores colinérgicos muscarínico.

Se puede evidenciar, que el desconocimiento de esta patología, por parte de los familiares, complementado con el tratamiento inoportuno, contribuyo de una u otra manera en la evolución de la misma, a tal punto que cada vez que tenía consulta con el estomatólogo se llegaba a



relacionar como nervios o ansiedad. Cabe resaltar que recién en su etapa de adolescencia fue recién aplicada la terapia farmacológica a la paciente, presentando resultados muy satisfactorios hasta la actualidad.

Conclusión

La sialorrea severa es una patología compleja que requiere de un manejo multidisciplinario y una valoración integral. Existen diversos métodos de tratamiento y deben aplicarse de acuerdo con la severidad. El desconocimiento de esta patología por parte de los familiares de la paciente, agregando a esto la falta del tratamiento oportuno, contribuyo notablemente en la evolución de la sialorrea

Es trascendental que el estomatólogo, logre identificar y diagnosticar esta patología, además conocer los protocolos que deben ser aplicados en casos como el descrito en este trabajo de investigación, ya que, de no ser así, los pacientes van estar propensos a desmejorar su calidad de vida.

Hasta la actualidad el manejo clínico y tratamiento farmacológico, presentan excelentes resultados, entregándole confianza en sí mismo y mejorando su calidad de vida.

Referencias

1. Pérez Estrada L. Scopolamine effects against drooling. ResearchGate. 2014;; p. 5-20.
2. Cisneros JC, Hernández MS. Tratamiento del paciente con sialorrea. Medigraphic. 2017;; p. 17-24.
3. Lakraj AA, Moghimi N, Jabbari B. Sialorrhea: Anatomy, Pathophysiology and Treatment with Emphasis on the Role of Botulinum Toxins. MDPI. 2013;; p. 1010-1028.
4. Jost WH, Baumer T, Laskawi R, Slawek J, Spittau B, Steffen A, et al. Therapy of Sialorrhea with Botulinum Neurotoxin. Springer Link. 2019;; p. 273-288.
5. Tiigimae Saar J, Tamme T, Rosenthal M, Kadastik L, Taba P. Saliva changes in Parkinson´s disease patients after injection of Botulinum neurotoxin tipe A. PubMed. 2018.



6. Dr. Chahuán S, Dra. Espinoza T, Dr. Cruzat L, Saumann D, Dra. Berna L. Sialorrea neurogénica infantil y el manejo con la toxina Botulínica: revisión de la literatura y reporte del caso de un niño con traqueostomía y ventilación mecánica crónica. *Neumología Pediátrica*. 2012; 7(I).
7. Cepeda A, Tapia C. Infiltracion de Onabotulinumtoxin A para el tratamiento de la sialorrea en niños con diagnostico de parálisis cerebral: estudio de casos. *Rehabilitacion Integral*. 2016; 11(1).
8. Tapia S, Chana P, Araneda O, Canales P, Curihual P, Rivas R, et al. Management of sialorrhea in people with Parkinson's disease through behavioral therapy and thermotactile stimulation. *Scielo*. 2014; 52(3).
9. Dra. Nasso D. Toxina botulínica para la secreción descontrolada de saliva: Presentación de un caso. *Revista Facultad de Odontología en Biblioteca Digital UNCUYO*. 2010; 4(1).
10. Mejia JK, MSC. Guerrero MP. Diagnóstico e incidencia de la disfagia en adultos mayores de 65 años post accidente cerebro vascular ingresados al hospital de atención integral del adulto mayor de la ciudad de Quito. *Investigativo- Literario*. Quito: Universidad Central del Ecuador Facultad de Ciencias Médicas Carrera de Terapia del Lengua, Ciencias Médicas.
11. Westbury C, Guzys A, Reddihough DS. Anticholinergic medications for reducing drooling in children with developmental disability. *PubMed*. 2019;; p. 1-8.
12. Scofano B, Fernandes A, Maia H. Treatment of drooling with sublingual atropine sulfate in children and adolescents with cerebral palsy. *PubMed*. 2016;; p. 282-287.
13. Fuster Torres MÁ, Berini Aytés L, Gay Escoda C. Aplicacion de la toxina botulínica en las glándulas salivales para el tratamiento de la sialorrea. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2007;; p. 335-341.
14. MD Isaacson S, MD WilliamOndo , MD Carlyne J, MD Trosch , MD Molho E, MD Pagan F, et al. Safety and Efficacy of RimabotulinumtoxinB for Treatment of Sialorrhea in Adults A Randomized Clinical Trial. *JAMA Neurol*. 2020;; p. 461-469.
15. Restivo DA, Panebianco M, Casanoba A, Lanza S, Marchense R, Patti F, et al. Botulinum Toxin A for Sialorrhea Associated with Neurological Disorders:



Evaluation of the Relationship between Effect of Treatment and the Number of Glands Treated. PubMed. 2018;; p. 1-9.

16. Mazlan M, Rajasegaran S, Engkasan J, Nawawi O, Goh KJ, Jeffery S. A double blind randomized controlled trial investiatiing the most efficacious dose of botulinum toxim A for sialorrhea treatment in Asian adults with neurological diseases. PubMed. 2015;; p. 3758-3770.
17. Hosp, MD C, Naumann, MD M, Hamm, MD H. Botulinum Toxin Treatment of Autonomic Disorders: Focal Hyperhidrosis and Sialorrhea. PudMed. 2016.
18. Llena Puy C. The role of saliva in maintaining oral health and as an aid to diagnosis. Scielo. 2006; 11(5).
19. Fuster MA, Aytes L, Escoda C. Salivary gland application of botulinum toxin for the treatment of sialorrhea. Scielo. 2007; 12(7).



Capítulo 6. Lesiones bucales inflamatorias su relación con el uso de prótesis removible

Héctor Gonzalo Guzmán Gallardo¹. (hector.guzmang@ug.edu.ec) (<https://orcid.org/0000-0002-6075-7107>)

Rolando Saez Carriera². (rolando.saezc@ug.edu.ec) (<https://orcid.org/0000-0002-3902-9113>)

Juan Carlos Suárez Palacios³. (juan.suarezpa@ug.edu.ec) (<https://orcid.org/0000-0003-2909-7558>)

Denisse Alexandra Arroyo Apolo⁴. (denisse.arroyoa@ug.edu.ec) (<https://orcid.org/0000-0001-6749-0866>)

Raúl Andrés Michalon Acosta⁵. (raul.michalona@ug.edu.ec) (<https://orcid.org/0000-0001-6312-0710>)

Resumen

Ante la pérdida dental, la prótesis removible es una gran alternativa de rehabilitación, la cual, favorece a la reintegración de las funciones fisiológicas, sin embargo, a pesar de ser una solución óptima, no está exenta de causar alteraciones en el tejido bucal. El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de lesiones bucales inflamatorias en pacientes portadores de prótesis removibles que acuden a la clínica integral del adulto mayor, en el ciclo I y II del periodo 2022-2023. El método de investigación es de tipo cualitativo-cuantitativo, diseño de investigación - acción, no experimental, de estudio descriptivo y observacional de corte transversal, población de 74 pacientes, 58 fueron mujeres y 16 hombres, el instrumento para la recolección de datos es mediante la historia clínica 033 y ficha clínica. Los resultados demuestran que la prevalencia de lesiones bucales inflamatorias es 26%, de las cuales, prepondera la estomatitis subprótesis con 22%, seguida de la hiperplasia fibrosa inflamatoria con 3% y úlcera traumática con 1%. En conclusión, se determinó que la lesión bucal más prevalente es la estomatitis subprótesis,

¹ Doctor, Master y Docente de la Universidad Guayaquil. Ecuador

² PhD, Especialista, Master y Docente de la Universidad Guayaquil. Ecuador

³ Odontólogo, Especialista y Docente de la Universidad Guayaquil. Ecuador

⁴ Odontóloga, Master y Docente de la Universidad Guayaquil. Ecuador

⁵ Doctor, Master y Docente de la Universidad Guayaquil. Ecuador



presentes en ambos géneros, con predominio en el femenino y en el rango etario de 44-63 años, localizadas generalmente en el paladar, entre los factores predisponentes son; uso constante de 24 horas, tiempo de uso de 6 a 10 años, mientras que, el estado de la prótesis removible se encuentra desajustada, y presenta mala higiene protésica.

Abstract

In the face of dental loss, the removable prosthesis is a great alternative for rehabilitation, which favors the reintegration of physiological functions; however, despite being an optimal solution, it is not exempt from causing alterations in the oral tissue. The objective of this study is to determine the prevalence of inflammatory oral lesions in patients with removable prostheses who attend the integral clinic for the elderly, in cycle I and II of the period 2022-2023. The research method is qualitative-quantitative, action- research design, non-experimental, descriptive and observational cross-sectional study, the population of 74 patients, 58 women and 16 men, the instrument for data collection is through the 033 clinical history and clinical record. The results show that the prevalence of inflammatory oral lesions is 26%, of which subprosthetic stomatitis predominates at 22%, followed by inflammatory fibrous hyperplasia at 3% and traumatic ulcer at 1%. In conclusion, it was determined that the most prevalent oral lesion is subprosthetic stomatitis, present in both genders, with predominance in the female and in the age range of 44-63 years, generally located in the palate, among the predisposing factors are constant use of 24 hours, time of use from 6 to 10 years, while, the state of the removable prosthesis is misaligned, and presents poor prosthetic hygiene.

Palabras clave: Lesiones bucales, prótesis removible, estomatitis subprótesis.

Keywords: Oral lesions, removable prosthesis, stomatitis subprosthesis.

Introducción

Dentro del campo odontológico conservar las piezas dentarias a medida que transcurren los años de vida es todo un desafío, sin embargo, es factible lograrlo, siempre y cuando el paciente mantenga cuidados específicos y consultas periódicas con el profesional odontológico (1).



No obstante, existe gran población desdentada, resultado de caries y enfermedad periodontal, siendo los factores principales para potenciar el edentulismo ya sea parcial o total; generando en el paciente un problema de salud bucal. (2)

Al respecto, la rehabilitación protésica es una alternativa para la pérdida dental favoreciendo a las funciones fisiológicas, tales como: fonación, masticación, deglución y respiración, y por supuesto la parte estética, sin embargo, a pesar de ser una solución óptima, no está exenta de causar alteraciones en el tejido bucal, por lo cual, es importante revisar los diversos factores de riesgo, entre ellos: higiene deficiente bucal y protésica, uso prolongado e ininterrumpido de la aparatología, estado de la prótesis dental, microbiota oral, dieta inadecuada, entre otros, que pueden potenciar el desarrollo de lesiones bucales (3).

Se ha constatado una problemática persistente en relación con la incidencia de lesiones bucales inflamatorias asociadas a prótesis removibles que ocasionan alteraciones en el medio bucal, por lo cual, de manera inadecuada obliga a los tejidos a adaptarse a un nuevo estado, generando en el paciente un ambiente nocivo de salud y bienestar personal (4).

Un estudio realizado por Correa, (2019) manifiesta, que la relación de las lesiones bucales inflamatorias y la prótesis removible radica en el estado defectuoso de la misma, presencia de bacterias u hongos por la falta de higienización. La flora mixta crea un desbalance en cavidad oral, la cual, puede generar proliferación y dar origen a lesiones bucales. Entre las más notables, estomatitis subprotésica que es del 32.3%, hiperplasia fibrosa papilar con 14.5%, queilitis angular con un 12,9%, entre otros. Además, menciona que el 24,2% de la población no evidencian lesiones en la mucosa bucal (5).

De acuerdo con varias investigaciones la incidencia registrada a nivel global se basa entre el 25-65% de personas portadoras de prótesis con lesiones orales (6). Por otro lado, en América Latina, específicamente en Brasil se ha reportado 29% adultos portadores de prótesis con lesiones orales, mientras tanto, en Ecuador, se ha registrado el 31% de pacientes con alteraciones en la mucosa por el uso del aparato removible (1). Finalmente, en la Facultad piloto de Odontología en el último estudio epidemiológico realizado en el año 2020 se ha documentado que, de toda la población estudiada, el 70% presentó lesiones bucales producidas por prótesis removible.



Por la importancia que tiene la prevención, a la perspectiva de incrementar medidas protectoras para mitigar la formación de dichas lesiones bucales, el presente estudio epidemiológico tiene como propósito determinar la prevalencia de lesiones bucales inflamatorias asociadas a prótesis removibles en pacientes que acuden a la Facultad Piloto de Odontología en el ciclo I y II del periodo 2022-2023. Además, nos permite analizar sus factores de riesgo y la relación que mantiene la aparatología removible con el tejido bucal, por el cual, se generan una serie de cambios y afectaciones intraorales, que en algunos casos presentan cierto grado de malignidad.

Material y métodos

La investigación se desarrolló en la Facultad Piloto de Odontología, perteneciente a la Universidad de Guayaquil, en el ciclo I y II del periodo académico 2022-2023.

El método de investigación es de tipo cualitativo-cuantitativo, diseño de investigación - acción, no experimental, de estudio descriptivo, observacional de corte transversal. La población fue, de 74 pacientes, 58 fueron mujeres y 16 hombres, el instrumento para la recolección de datos es mediante la historia clínica 033 y ficha clínica.

Fueron incluidos todos aquellos pacientes que aprobaron las condiciones y propósitos de la investigación manifestándolo con su firma y aceptación del consentimiento informado. Estos pacientes fueron encuestados, y la información fue recolectada y registrada en su primera parte, de la cual se obtuvieron datos demográficos como la edad género, ocupación y raza. Se realizó un examen minucioso de la cavidad bucal, el cual nos permitió observar las condiciones de los tejidos blandos y duros, estos datos recogidos de la encuesta nos permitieron identificar la presencia de lesiones en la cavidad oral, clasificar su tipo y ubicación y relacionar las mismas con factores de riesgo predisponentes tales como: frecuencia de uso de la prótesis, tiempo de uso de la misma, tipo de material de confección de las prótesis dentales, estado de ajuste con los tejidos de asiento, diseño aparatológico, anatomía oclusal, e higiene de la misma. Todos los datos recogidos fueron tabulados para su análisis y discusión.



Se realizó la Investigación bibliográfica de los buscadores más eficientes del área de la Salud como, Refseek, Dialnet, Researchgate, Dspace, Google académico Pub Med. También de revistas científicas como Scielo, Springer, Medigraphic De los artículos seleccionados en inglés y español que en su totalidad fueron 100, se seleccionaron 27, de los cuales, se extrajo información relevante sobre el tema a tratar.

Revisión de Literatura

Lesiones Bucles Inflamatorias relacionadas a Prótesis removible Estomatitis Subprótesica

Afección inflamatoria de la mucosa bucal, originada principalmente al mantener íntimo contacto con la prótesis dental removible, habitualmente se ubica en el paladar duro y manifiesta diferentes grados de textura y tonalidad, acuerdo a la intensidad de la lesión. (7).

Se presenta con mayor predominio en la edad adulta y en el sexo femenino, se evidencia una lesión eritematosa, edematizada y localizada con bordes contorneados a la prótesis dental, suele presentarse entre un color rosa pálido a un color rojizo, habitualmente es una lesión asintomática, sin embargo, al pasar el tiempo se presenta un cuadro sintomatológico, entre ellos, edema, prurito, disgeusia, xerostomía, eritema y halitosis. (8)

Los factores causales de la estomatitis subprotèsica se basan principalmente en la higiene deficiente bucal y del aparato protésico, sumando, el estado defectuoso de la prótesis removible, suficientes para dar inicio a la patología (2).

El tratamiento consiste en erradicar el agente causal, junto con la remoción inmediata y prosera elaboración de una nueva prótesis dental removible, además, se toma en consideración tratamientos de infusiones medicinales, terapias de láser y el uso de medicamentos antimicóticos (9).

Tipos de estomatitis subprotèsica referida por Newton (10).

Tipo I. Denominada hiperemia puntiforme, por lo general se localiza en el maxilar superior en la zona del paladar, clínicamente se presenta un tejido punteado de tono rojizo y tamaño milimétrico, se lo compara con el tamaño de la cabeza de un alfiler.



Tipo II. Denominada hiperemia difusa atrófica, la mucosa bucal que se encuentra en íntimo contacto con la prótesis dental, se presenta una zona delimitada, brillante, lisa, uniforme y enrojecida.

Tipo III. Denominada hiperemia papilomatosa, frecuentemente se encuentra en la región más anterior del paladar duro, se presenta una mucosa bucal irregular con lesiones papilares.

Úlcera Traumática- Afta Bucal

Lesión benigna circunscrita con bordes que pueden estar o no definidos, radica en la pérdida de sustancia del espesor del epitelio superficial (10).

Clínicamente la lesión se encuentra cubierta por una pseudomembrana blanca amarillenta, la cual, está rodeada de un halo eritematoso, su ubicación habitual es sobre la mucosa bucal, vestibular, labios, lengua mucosa yugal, paladar duro y blando, además, se evidencia inflamación y dolor a los diversos cambios térmicos en la alimentación. Además, pueden desarrollarse a partir del sistema inmunitario suprimido, asimismo, por factores mecánicos como traumas, tratamientos de ortodoncia y mordeduras, también, uso de prótesis dentales en estado defectuosa, desajustadas o bordes cortantes e irregulares, comidas crujientes, entre otros. (11) .

Como plan de tratamiento es eliminar el agente casual y cambiar el aparato protésico, y la lesión desaparecerá por sí sola, aproximadamente en una semana (10) .

Queilitis Angular

Denominado estomatitis angular, es una lesión inflamatoria de frecuencia labial, habitualmente es bilateral, siendo su área anatómica las comisuras labiales (12)

Se presenta como un eritema de forma triangular asimétrica, de color rojo, sintomático, edematizado, quedando como resultado fragmentos fisurados, por ende, producir exudación y la formación de costras, regularmente se presenta en los dos géneros, con preponderancia en pacientes del sexo masculino.



Afecta en mayor predominio a sujetos con surcos comisurales profundos, además, su etiología se basa en factores de riesgo que contribuyen en la retención de la saliva en las comisuras, provocando una maceración física de las comisuras (13).

Para aquello, intervienen diversos factores, entre ellos, pacientes edéntulos asociados a prótesis desajustada, lo cual provee, a la pérdida precoz de dimensión vertical oclusal, por lo cual se generan pliegues comisurales y al tener una constante lubricación salival dan paso a la maceración comisural (5)

El tratamiento consiste en el reajuste protésico, uso de medicamentos antifúngicos y adecuada higiene bucal (12).

Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria

Conocido como (épolis fisurado), se describe como una lesión de base amplia con agrandamiento gingival. (14)

Tiene una coloración rosa pálida, de crecimiento lento y tamaño variado desde <1 cm, además, evidencia grados de dolor en la masticación, al no existir tratamiento, puede desarrollarse en una lesión invasiva y localizarse en gran parte de la extensión del vestíbulo (15).

Afecta principalmente en personas portadoras de prótesis removibles, debido a la pérdida excesiva del soporte óseo, hace que la prótesis removible se desajuste y, por ende, profundice gradualmente hacia el fondo del surco vestibular, causando una presión inusual sobre los tejidos blandos, además, traumas locales, acumulación de placa bacteriana, cambios hormonales y embarazo. Como resultado generan, irritación, edematización e inflamación localizada de la mucosa alveolar. (14)

En el tratamiento se enfoca en la escisión quirúrgica convencional del tejido lesionado, también, criocirugía, láser terapia y cambio protésico dental (14).



Hiperplasia papilar inflamatoria

También conocida, como: “estomatitis protésica de tipo granular o papilomatosis por prótesis dental, es una lesión benigna que puede afectar a hombres como mujeres por igual y suele presentarse en la cuarta y sexta década de vida. (11)

Habitualmente es asintomática, se localiza en la mucosa palatina, clínicamente se evidencia una proliferación epitelial con protuberancias papilares aframbuesados, con una superficie queratinizada, edematizada y eritematosa (11).

Clínicamente se evidencia desarrollos hiperplásicos con granulación discontinua en forma de papilas en tonalidad roja, el tamaño es variado e irregular entre 2 a 4 mm las, Normalmente se encuentran en firme proliferación forjando a la mucosa a adquirir un desarrollo anormal.

Dicha lesión se desarrolla principalmente por un tiempo y frecuencia de uso excesivo de la prótesis dental, además, utilización de prótesis desajustadas y defectuosas, acompañadas de malos hábitos de higiene (16).

El tratamiento de elección puede ser quirúrgico y no quirúrgico, depende del estado clínico del paciente. El enfoque no quirúrgico, se da por medio de aplicación de acondicionadores de tejido, uso de medicamentos antifúngicos y enjuagues bucales, mientras que, el enfoque quirúrgico implica la realización de escisión quirúrgica. (11).

Granuloma Teleangiectásico

Conocido también como “granuloma Piógeno” es un tumor benigno, que se manifiesta sobre el tejido y membrana de la mucosa bucal, clínicamente se evidencia una protuberancia en forma de pápula de color rojo, la cual, es pediculada, con base amplia no delimitada e irregular, cuya consistencia puede ser blanda o dura, lisa o rugosa. De acuerdo con la prevalencia, predomina en el género femenino entre la segunda y sexta fase de vida, entre las áreas anatómicas afectadas destacan, mucosa vestibular, paladar duro y piso de boca. (17)



La etiología no está totalmente esclarecida, sin embargo, tiene cierta asociación con el sistema inmunológico reprimido, acumulación de placa dentobacteriana, prótesis dentales desajustadas, agresivo cepillado dental, entre otros (18).

El tratamiento se basa en la exéresis de la lesión, curetaje subperióstico y suprimir el factor causal (19)

Leucoplasia

La leucoplasia es una alteración premaligna que afecta a la mucosa bucal, generalmente se localiza en el piso de boca, encía, lengua y labios. Se evidencia como una placa de color blanco que no se desprende al ser raspado, se origina por factores desencadenantes, entre ellos, hábitos nocivos, nutricionales e infecciosos. (20)

Habitualmente se presenta en la edad adulta, en pacientes portadores de prótesis dentales removibles, en estado defectuoso y tiempo de uso prolongado, además, que están relacionados a enfermedades sistémicas, poca higiene bucal, consumo de alcohol y tabaco (21).

En relación con su aspecto, la leucoplasia se divide en dos formas clínicas. lesiones homogéneas y no homogéneas, se distinguen clínicamente por sus características distintivas en color y forma de acuerdo con su evolución. Las homogéneas, son lesiones predominantes asintomáticas blancas, uniformes con bordes delimitados, consistencia plana con ligeras grietas profundas. Ahora bien, las no homogéneas, son lesiones de aspecto proliferativo nodular, habitualmente son asintomáticos, se relacionan a componentes, erosivos, eritematosos, ulcerativos y verrugosos, al no ser tratadas tienen un riesgo de mutación maligna. (21)

Su tratamiento consiste en la escisión quirúrgica completa o exéresis por medio de terapias convencionales o láser (22).

Candidiasis

La candidiasis oral es una infección micótica causadas por levaduras endógenas conocidos habitualmente como “hongos” del género *Cándida* que pertenece al dominio Fungí (23).



Precede normalmente como un microorganismo comensal; sin embargo, al tener un sistema inmunológico debilitado o baja respuesta del hospedero, puede transitar ligeramente un microorganismo patógeno causando una diversidad de infecciones (24).

Frecuente se encuentra asociado a enfermedades sistémicas, tabaquismo, dificultad de la funcionalidad de las glándulas salivales, uso extenso de antibióticos, quimioterapia, radiación, estados nutricionales alterados y, sobre todo, higiene bucal deficiente y más aún, en pacientes portadores de prótesis removible. (25).

De hecho, al ser portadores de prótesis removible son más susceptibles a la colonización de *Candida albicans* sobre la mucosa bucal, debido a que se encuentra en íntimo contacto con aparatología dental (26).

El tratamiento está basado en la aplicación antifúngicos y cambio de la prótesis removible (24).

Resultados

Tabla 1.

| <i>Distribución de pacientes con lesiones bucales inflamatorias de acuerdo con el género</i> | | | |
|--|-----------|-----------|--------------|
| Género | Si | No | Total |
| <i>Femenino</i> | 14 (19%) | 44 (59%) | 58(78%) |
| <i>Masculino</i> | 5 (7%) | 11(15%) | 16(22%) |
| Total | 19 (26%) | 55 (74%) | 74 (100%) |

En la Tabla 1, se verifica un total de 74 pacientes portadores de prótesis removible, en la cual, se determina que el 26% presentó lesiones bucales inflamatorias. de los cuales el 19% pertenece al sexo femenino y el 7% al sexo masculino. A partir del porcentaje mayoritario se dedujo que la mujer presta mayor importancia a su estética en comparación al hombre.



Tabla 2.

Distribución de pacientes con lesiones bucales inflamatorias de acuerdo con la edad

| Edad | Si | | | No | | |
|--------------|----------|-----------|----------|----------|-----------|----------|
| | Femenino | Masculino | Total | Femenino | Masculino | |
| 24 – 43 Años | 5 (7%) | 0 (0%) | 5(7%) | 6 (8%) | 2 (3%) | |
| 44 – 63 Años | 8 (11%) | 5 (7%) | 13 (18%) | 33 (44%) | 9 (12%) | |
| 64 – 83 Años | 1(1%) | 0 (0%) | 1(1%) | 5 (7%) | 0 (0%) | |
| Total | 14 (19%) | 5 (7%) | 19(26%) | 44 (59%) | 11 (15%) | 74(100%) |

Table 3.

Lesiones bucales inflamatorias en pacientes portadores de prótesis removibles

| Lesión Bucal Inflamatoria | Frecuencia | | |
|---|------------|-----------|-----------|
| | Femenino | Masculino | Total |
| <i>Estomatitis Subprotésica</i> | 12(16%) | 4(6%) | 16(22%) |
| <i>Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria</i> | 2(3%) | 0(0%) | 2(3%) |
| <i>Úlcera Traumática</i> | 0(0%) | 1(1%) | 1(1%) |
| <i>Sin Lesión</i> | 44(59%) | 11(15%) | 55(74%) |
| Total | 58(78%) | 16(22%) | 74 (100%) |



Tabla 4.

| Área Anatómica Afectada | Ubicación de la Lesión | | |
|----------------------------------|------------------------|----------------|------------------|
| | Frecuencia | | |
| | Femenino | Masculino | Total |
| <i>Paladar</i> | 12(16%) | 4(6%) | 16(22%) |
| <i>Vestíbulo Bucal Superior</i> | 2(3%) | 0(0%) | 2(3%) |
| <i>Reborde Alveolar Superior</i> | 0(0%) | 1(1%) | 1(1%) |
| <i>No hay lesión</i> | 44(59%) | 11(15%) | 55(74%) |
| Total | 58(78%) | 16(22%) | 74 (100%) |

En la tabla 3 y 4, Se estableció que entre las lesiones bucales más frecuentes están; estomatitis subprótesis ubicada en el paladar con 22%, hiperplasia fibrosa inflamatoria en el vestíbulo bucal superior con 3% y úlcera traumática ubicada el reborde alveolar superior con 1%. Esos resultados demostraron que, de todas las lesiones bucales, la estomatitis subprótesis ubicada en la zona del paladar continúa prevaleciendo.

Tabla 5.

Con o sin lesiones bucales inflamatorias tiempo de uso de la prótesis removible en pacientes con lesiones bucales inflamatorias

| Tiempo de Uso | Si | | | No | |
|--------------------|-----------------|--------------|----------------|-----------------|----------------|
| | Femenino | Masculino | Total | Femenino | Masculino |
| <i>1 – 5 Años</i> | 3 (4%) | 2 (3%) | 5(7%) | 17 (23%) | 6(8%) |
| <i>6 – 10 Años</i> | 8 (11%) | 2 (3%) | 10(14%) | 21 (28%) | 2(3%) |
| <i>>10 Años</i> | 2 (3%) | 1 (1%) | 3(4%) | 5 (7%) | 2(3%) |
| <i>>16 Años</i> | 1(1%) | 0 (0%) | 1(1%) | 1(1%) | 1(1%) |
| Total | 14 (19%) | 5(7%) | 19(26%) | 44 (59%) | 11(15%) |



Tabla 6

| Frecuencia de Uso | <i>Frecuencia de uso de la prótesis removible en pacientes con lesiones bucales inflamatorias</i> | | | <i>sin o con lesiones bucales inflamatorias</i> | |
|--------------------|---|-----------|--------------|---|-----------|
| | <u>Si</u> | | <u>Total</u> | <u>No</u> | |
| | Femenino | Masculino | | Femenino | Masculino |
| <i>Día</i> | 2 (3%) | 1 (1%) | 3(4%) | 20 (27%) | 8 (11%) |
| <i>Día y noche</i> | 12 (16%) | 4 (6%) | 16(22%) | 24 (32%) | 3 (4%) |
| <i>Noche</i> | 0 (0%) | 0 (0%) | 0(0%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Total | 14 (19%) | 5 (7%) | 19(26%) | 44 (59%) | 11 (15%) |

En la tabla 5 y 6, Se identificó los principales factores de riesgo en la cual predominó el tiempo de uso de 6 a 10 años de la aparatología, con 14%, y la frecuencia de uso de la prótesis movible radica en 22% con uso diurno y nocturno. Variable que da imaginar una ausencia de indicaciones generales y más aún en el uso nocturno debido a esa falta necesaria del descanso mucoso.

Tabla 7.

Estado de ajuste la prótesis removible con la presencia de lesiones bucales inflamatorias

| Estado de Ajuste | <u>Si</u> | | | <u>No</u> | |
|--------------------|-----------|-----------|--------------|-----------|-----------|
| | Femenino | Masculino | <u>Total</u> | Femenino | Masculino |
| <i>Ajustada</i> | 6(8%) | 2(3%) | 8(11%) | 21(28%) | 4(5%) |
| <i>Desajustada</i> | 8(11%) | 3(4%) | 11(15%) | 23(31%) | 7(10%) |
| Total | 14(19%) | 5(7%) | 19(26%) | 44(59%) | 11(15%) |



Tabla 8.

Estado de higiene de la prótesis removible con la presencia de lesiones bucales inflamatorias

| Estado de Higiene de la Prótesis R. | Si | | | No | | |
|-------------------------------------|-----------|------------|----------|-----------|------------|-----------|
| | Femeni no | Masculin o | Total | Femenin o | Masculin o | |
| <i>Mala</i> | 9(12%) | 1(1.5%) | 10(13%) | 7 (9%) | 3(4%) | |
| <i>Regular</i> | 4(6%) | 3(4%) | 7(10%) | 15 (20%) | 2(3%) | |
| <i>Buena</i> | 1(1%) | 1(1.5%) | 2(3%) | 22 (30%) | 6(8%) | |
| Total | 14 (19%) | 5(7%) | 19 (26%) | 44(59%) | 11(15%) | 74 (100%) |

En la tabla 7 y 8, se aprecia, que en cuanto al grado de asociación de la prótesis removible con la presencia de lesiones bucales se constató que el 15% mantuvo una prótesis desajustada y el 13% presentó prótesis removible en mal estado de higiene. Por lo cual, se pudo destacar que al tener un desajuste protésico en consecuencia cambios en el tejido y estructura óseo, y al encontrarse con mala higienización provocan la colonización de microorganismos oportunistas.

Discusión de resultados

La prevalencia total de lesiones bucales inflamatorias, entre los individuos estudiados fue del 26%. La cual, se asemeja a un estudio realizado por Choufani (2020) con 22.8%. Y, en contraposición a los estudios de Wang, (2020) con 42,7 %, Tonato (2022) con 56.5% y Brantes, (2019) con 78%. Estas discrepancias en la prevalencia podrían atribuirse a variaciones en el tamaño de la población, muestra y a factores demográficos.

En este estudio, existió predominio en el género femenino con 19%, Esto concuerda, con los resultados de González & Marrero, (2022), con 70.9%, Y de



Jiménez, (2021) con 60%. Sin embargo, difiere Kumar (2019), que en su estudio prevaleció el sexo masculino.

Se observó mayor prevalencia de lesiones de la mucosa bucal en el grupo etario de 44 a 63 años con 18%, esto coincide con el estudio de Kumar (2019) en el rango de edad de 41 a 60 años, por otro lado, difieren Jova (2022) con el rango de 60 a 70 años con 94,6%, y a su vez, contradice, Morales, (2019), que a partir de los 70 años, se observa una mayor frecuencia.

En el estudio se obtuvo que las lesión bucal prevalente fue la estomatitis subprotésica con 22%, similar a los estudios de Yero (2021) y Sánchez (2020), sin embargo, contradice, Ogunrinde & Olawale, (2020) la lesión predominante fue la úlcera traumática con 78,57% y en los estudios de Jova (2022), la leucoplasia con 3.1%.

El área anatómica afectada con mayor prevalencia fue el paladar con 22%, Estos resultados son compartidos con Ogunrinde & Olawale, (2020) y Kumar (2019), y esto, difiere a, Lazo (2019), que en su estudio prevaleció las lesiones bucales a nivel de carrillos.

En base a los resultados obtenidos, la presencia de lesiones bucales inflamatorias se da en consecuencia al tiempo de uso de 6 a 10 años con 14% y una frecuencia de uso, diurna y nocturna con 22%, estos datos tienen una semejanza con Piña, (2021) también Sánchez (2020), por otro lado, Espasandín (2021), comparte con los mismos factores añadiendo el consumo de tabaco.

En relación al grado de asociación de lesiones bucales con el estado protésico dental, se obtuvo un estado desajustado con 15% y presentaron mala higiene protésica con 13%, comparte Jova (2022), al igual que, Tonato , (2022), Y, Ramírez con& González, (2022) añaden el tipo y calidad del material usado en su fabricación.

Conclusiones

-Se determinó que, el 26% de la población estudiada presentó lesiones bucales inflamatorias, siendo, la más prevalente la estomatitis subprotésica,



seguida de la hiperplasia fibrosa inflamatoria y úlcera traumática.

-Se presentaron lesiones bucales, en ambos géneros, con mayor predominio en el femenino, y el rango etario, de mayor incremento fue de 44-63 años.

-Se estableció que las áreas anatómicas afectadas por la presencia de lesiones bucales fueron, paladar, vestíbulo bucal y reborde alveolar superior.

-Se identificó que los pacientes con lesiones bucales emplearon el uso de la prótesis removible por mayor tiempo de lo recomendado, en el rango de 6 a 10 años, en cuanto, a la frecuencia de uso, se evidenció un uso diurno y nocturno.

-Existe una relación directa entre el estado de higiene de la prótesis y el desajuste protésico, que incide de manera significativa en la presencia de lesiones bucales inflamatorias.

-En la hipótesis planteada se corrobora como una hipótesis afirmativa que el tiempo y frecuencia de uso de la prótesis removible, influyeron en el desarrollo de lesiones bucales inflamatorias en los pacientes que acudieron a la Clínica Integral del Adulto Mayor en el ciclo I y II del periodo 2022-2023.

-Se concluyó, que gran parte de la población estudiada tenían total desconocimiento con respecto a la correcta higiene bucal y preservación del aparato protésico.

Referencias

- 1.- León Velastegui, M. A., Gavilanes Bayas, N. A., & Mejía Navas, E. X. (2019). Lesiones de la mucosa oral asociadas al uso de prótesis odontológicas en pacientes edéntulos totales. *Dominio de las Ciencias*, 5(1), 603-623.
- 2.- Vázquez de León, A. G., Palenque Guillemí, A. I., Morales Montes de Oca, T. de J., Bermúdez Morales, D. C., Barrio Pedraza, T. de J., Vázquez de León, A. G., Palenque Guillemí, A. I., Morales Montes de Oca, T. de J., Bermúdez Morales, D. C., & Barrio Pedraza, T. de J. (2019). Lesiones de la mucosa bucal asociadas al uso de



prótesis estomatológica. *MediSur*, 17(2), 201-209.

- 3.- Martínez González, R., & Martínez Bogado, I. (2021). Percepción de odontólogos de la ciudad de Concepción sobre lesiones en la mucosa oral vinculado a la prótesis parcial removible en el 2019: Perception of dentists in the city of Concepción on lesions in the oral mucosa linked to removable partial dentures in 2019. *Scientia Oralis Salutem* ISSN 2789-2794, 2(1), Article 1.
- 4.- Piña Odio, I., Matos Frómata, K., Barrera Garcell, M., Gonzalez Longoria Ramirez, Y. M., & Arencibia Flandes, M. del P. (2021). Factores de riesgo relacionados con las lesiones paraprotésicas en pacientes portadores de prótesis removibles. 25(1), 41-50.
- 5.- Correa, M. R. J. (2019). Prevalencia de estomatitis subprotésica, queilitis angular e hiperplasia fibrosa asociadas al uso de prótesis dental en una clínica universitaria de Medellín, 2017. *Revista Nacional de Odontología*, 15(29), Article 29. <https://doi.org/10.16925/2357-4607.2019.02.07>
- 6.- Macías Yen Chong, Y. G., Díaz Pérez, C. A., & Martínez Rodríguez, M. (2020). Higiene de las prótesis removibles en pacientes atendidos en la Universidad San Gregorio de Portoviejo, Ecuador 2019. *Revista Información Científica*, 99(3), 217-224.
- 7.- Ramírez Carballo, M. M., Gómez Berenguer, R. M., Bravet Rodríguez, A., Reyes Fonseca, A. L., & Salso Morell, R. A. (2019). Algunos factores de riesgo asociados a la estomatitis subprótesis. *MULTIMED*, 23(2), Article 2.
- 8.- Barreiro Mendoza, N., Díaz Pérez, C. A., Martin Moya, L. A., Martínez Rodríguez, M., Santos Zambrano, T. B., Barreiro-Mendoza, N., Díaz-Pérez, C. A., Martin-Moya, L. A., Martínez- Rodríguez, M., & Santos-Zambrano, T. B. (2020). Caracterización de la estomatitis subprotésica en portadores de prótesis removible en clínicas de la Universidad San Gregorio de Portoviejo, Ecuador. *Revista Información Científica*, 99(2), 107-114.
- 9.- Sartawi, S. Y., Abu-Hammad, S., A. Salim, N., & Al-Omoush, S. (2021).



Denture Stomatitis Revisited: A Summary of Systematic Reviews in the Past Decade and Two Case Reports of Papillary Hyperplasia of Unusual Locations. *International Journal of Dentistry*, 2021, 7338143. <https://doi.org/10.1155/2021/7338143>

10.- Ramos Diaz, L. C., Torres Padilla, D. K., & Martinez Soler, J. A. (2023). Prevalencia de las lesiones orales asociadas al uso de prótesis dental. 1-9.

11.- Cruz, A. L., Yobal, C. O., Muñoz, V. H. M., & Flores, A. M. (2022). Estomatitis Aftosa Recurrente.

Reporte de un Caso (Facultad de Odontología Región Xalapa de la Universidad Veracruzana).

Revista Médica de la Universidad Veracruzana, 22(1), 23-37.

12.- Federico, J. R., Basehore, B. M., & Zito, P. M. (2023). Angular Chelitis. En *StatPearls* [Internet].

StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536929/>

13.- Jorquera Barquero, E., Pérez Gutiérrez, S., & Suárez Marrero, M. C. (2018). Queilitis angular como signo clínico inicial de una tuberculosis. *Medicina Cutánea Ibero-Latino-Americana*, 46(3), 219- 221.

14.- Alvarado Cordero, J. J., Montalvan Barzallo, B. X., & Gomez Morales, J. P. (2020). Épulis fissuratum. Una revisión de la literatura. *Revista Killkana Salud y Bienestar*, 1(4), 39-43. https://doi.org/10.26871/killcana_salud.v4i1.507

15.- Mekayssi, R., Taleb, B., Merzouk, N., & Benfdil, F. (2021). The Prosthetic Management of a Case of Epulis Fissuratum by a Novel Technique. 23(2), 27-32.

16. Dago-Infante, R. C., Valido-Fra, A. L., Cruz-Sixto, D., Sixto-Iglesias, M. S., & Falero, D. M. L. (2021). Caracterización de la papilomatosis del paladar en pacientes portadores de prótesis estomatológica. *Universidad Médica Pinareña*, 17(2), Article 2.

17.- Rodríguez Baquero, I. L., Forero Escobar, D., & Díaz, Y. S. (2020). PREVALENCIA DE LESIONES ORALES ASOCIADAS A PRÓTESIS



REMOVIBLE DENTALES EN VILLAVICENCIO.

<https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/97dd7324-1757-42fa-9370-83f5d516135d/content>

- 18.- Sánchez-Cárdenas, M., Llerena-Noda, V. Y., & Pérez-Gallego, Y. de la C. (2021). Granuloma piógeno oral. Serie de casos. Revista Médica Electrónica, 43(6), Article 6.
- 19.- Cárdenas, J. L. R., & Vásquez, Z. T. (2018). Granuloma piogeno oral. Revista Experiencia en Medicina del Hospital Regional Lambayeque: REM, 4(1), 24-27.
- 20.- González Moles, M. Á., & González Ruiz, L. (2018). Leucoplasia oral, una revisión de los aspectos esenciales de su diagnóstico y tratamiento. Actualidad médica, 103(803), 44-46.
- 21.- Castelnaux Martínez, M., Montoya Sánchez, I., Serguera Batista, J., Giraldo Moran, R., & Pérez Rosabal, A. (2020). Caracterización clínica y epidemiológica de pacientes con leucoplasia bucal. 20(1), 4-15.
- 22.- Palmerín Donoso, A., Cantero Macedo, A. M., & Tejero Mas, M. (2020). Leucoplasia oral. Atención Primaria, 52(1), 59-60. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.02.008>
- 23.- Marroquín-Remón, R., & Chang, P. (2021). Candidiasis oral. Revista Médica (Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala), 160(3), 333-336. <https://doi.org/10.36109/rmg.v160i3.370>
- 24.- Brevis Palma, C. P., & Carrarasco Jorquera, D. A. (2020). ANTIFÚNGICOS CONVENCIONALES Y TERAPIAS ALTERNATIVAS O COMPLEMENTARIAS PARA LA CANDIDIASIS ORAL: REVISIÓN NARRATIVA. <http://dspace.utalca.cl/handle/1950/12370>.
- 25.- Bukhari, D. S. A. (2018). Oral Candidiasis: A Short Review and a Case Report. 05(02), 11-14.
- 26.- Kinkela Devcic, M., Simonic-Kocijan, S., Prpic, J., Paskovic, I., Cabov, T., Kovac, Z., & Glazar, I. (2021). Oral Candidal Colonization in Patients with



Capítulo 6. Lesiones bucales inflamatorias su relación con el uso de prótesis removible

Héctor Gonzalo Guzmán Gallardo

Rolando Saez Carriera

Juan Carlos Suárez Palacios

Denisse Alexandra Arroyo Apolo

Raúl Andrés Michalon Acosta



Recepción: 02-01-2025

Aprobación: 04-04-2025

Web of Science/Core Collection

Different Prosthetic Appliances. Journal of Fungi, 7(8), Article 8.

<https://doi.org/10.3390/jof7080662>



Capítulo 7. Variables sociodemográficas y clínicas de la variación de la dimensión vertical

Rolando Saez Carriera¹. (rolando.saezc@ug.edu.ec) (<https://orcid.org/0000-0002-3902-9113>)

Héctor Gonzalo Guzmán Gallardo². (hector.guzmang@ug.edu.ec) (<https://orcid.org/0000-0002-6075-7107>)

Danais Anniemari Ortega Rodríguez³. (danais.ortegar@ug.edu.ec) (<https://orcid.org/0000-0002-3293-0910>)

Raúl Andrés Michalon Acosta⁴. (raul.michalona@ug.edu.ec) (<https://orcid.org/0000-0001-6312-0710>)

Juan Carlos Suárez Palacios⁵. Ecuador (juan.suarezpa@ug.edu.ec) (<https://orcid.org/0000-0003-2909-7558>)

Resumen

Durante el proceso de valoración de un paciente tanto en la práctica odontológica en general como en la especialidad de rehabilitación oral en particular, la dimensión vertical oclusiva es uno de los primeros parámetros en ser establecidos, su determinación es una fase importante en la etapa de diagnóstico y en la posterior planificación del tratamiento procurando establecer relaciones estéticas y funcionales del maxilar y la mandíbula en los tres planos del espacio, siendo la presencia o no de piezas dentarias un factor importante en la estabilidad de la misma. Objetivo: Relacionar las características clínicas presentes en los pacientes con alteraciones de la dimensión vertical. Metodología El presente trabajo de investigación se caracteriza por un enfoque descriptivo, analítico y transversal recopilando información actualizada sobre las características clínicas y factores que alteran la dimensión vertical en pacientes que acuden a la

¹ PhD, Especialista, Master y Docente de la Universidad Guayaquil. Ecuador

² Doctor, Master y Docente de la Universidad Guayaquil. Ecuador

³ Doctora, Master y Docente de la Universidad Guayaquil. Ecuador

⁴ Doctor, Master y Docente de la Universidad Guayaquil. Ecuador

⁵ Odontólogo, Especialista y Docente de la Universidad Guayaquil. Ecuador



clínica integral de la facultad de odontología. Resultados: Los hábitos, el edentulismo presente en las arcadas, la morfología dentaria y su relación antagonista son factores que condicionan las variaciones de la dimensión vertical, independientemente del sexo y el grupo etario donde se presente, pudiendo concluir que las variaciones en la altura del tercio inferior de la cara condicionada por la función de la musculatura y estructuras presentes en cada persona determinara las características clínicas en pacientes con alteración de la dimensión vertical así como los procedimientos clínicos y el diseño de la aparatología a realizar.

Abstract

During the evaluation process of a patient both in dental practice in general and in the oral rehabilitation specialty in particular, the occlusal vertical dimension is one of the first parameters to be established, its determination is an important phase in the diagnostic stage and in the subsequent treatment planning, trying to establish esthetic and functional relations of the maxilla and mandible in the three planes of space, being the presence or not of dental pieces an important factor in the stability of the same. Objective: To relate the clinical characteristics present in patients with alterations of the vertical dimension. Methodology The present research work is characterized by a descriptive, analytical and transversal approach, compiling updated information on the clinical characteristics and factors that alter the vertical dimension in patients who attend the integral clinic of the dental school. Results: Habits, edentulism present in the arches, dental morphology and their antagonistic relationship are factors that condition the variations of the vertical dimension, independently of sex and age group. We can conclude that the variations in the height of the lower third of the face conditioned by the function of the musculature and structures present in each person will determine the clinical characteristics in patients with alterations of the vertical dimension as well as the clinical procedures and the design of the appliances to be used.

Palabras clave. Dimension vertical, altura facial, lesiones no cariosas, hábitos, edentulismo.

Keywords. Vertical dimension, facial height, non-carious lesions, habits, edentulism.



Introducción

La dimensión vertical o altura facial es definida como la distancia entre dos puntos anatómicos. Este concepto clínico también es aplicable en todo protocolo de rehabilitación integral de un paciente.

La no relación armónica entre las piezas dentales de ambas arcadas puede conducir a una alteración de la dimensión vertical, pudiendo estar dada por pérdida y cambios morfológicos en las mismas, lo cual puede afectar las diferentes funciones masticatorias.

Desde hace más de 50 años, la alteración de la dimensión vertical ha sido un tema de controversia, ya que actualmente no existe un protocolo exacto para realizar esta medida de manera precisa para cada individuo. Sin embargo, hay distintas propuestas descritas por varios autores que son un apoyo para el odontólogo creando así maneras de realizar tratamientos que no causen alteraciones musculares, articulares, estéticas o funcionales.

En esta investigación, se muestran los diversos conceptos y criterios que se utilizan en la literatura lo cual aporta como fundamento teórico a nuestra investigación en relación con la dimensión vertical de un paciente, ya sea dentado, parcialmente dentado o totalmente dentado, como la estética facial, la preservación de la articulación temporomandibular, la oclusión y la fonética.

Es pertinente que el odontólogo sepa entender o traducir estas consideraciones relacionadas con dimensión vertical, así mismo tener criterio no solo restaurador si no también morfofisiológico. El profesional debe conocer todos los aspectos asociados a la rehabilitación de un paciente ya sea que presente todas sus piezas completas o no, y así complementar la función junto con la estética dando así una relación correcta craneofacial y dental.

Objetivo general

Relacionar las características clínicas presentes en los pacientes con alteraciones de la dimensión vertical.



Objetivos específicos

1. Analizar los referentes teóricos y científicos sobre los principales factores asociados a la alteración de la dimensión vertical.
2. Describir la casuística según variables sociodemográficas presentes en nuestro estudio.
3. Determinar los factores asociados a la alteración de la dimensión vertical en los pacientes estudiados.

Metodología

El presente trabajo de investigación se caracteriza por un enfoque descriptivo, analítico y transversal recopilando información actualizada sobre los factores que alteran la dimensión vertical en pacientes que acuden a la clínica integral de la facultad de odontología.

Toda la información y el contenido revisado fueron conseguidos de diferentes documentos y artículos científicos que se sitúan en diferentes plataformas académicas. De la misma forma, todo el contenido obtenido de la evidencia científica es cualitativa y se muestra en forma descriptiva sin realizar algún tipo de análisis estadístico. La información científica se obtuvo de diversas fuentes por ejemplo primarias, secundarias y terciarias. A través de las fuentes se reunió de una manera original y actualizada la indagación y apreciación realizada por los autores en trabajos como estudios de caso, los artículos, libros y de tesis las cuales se encontraron en diferentes repositorios universitarios.

Las fuentes primarias utilizadas, se encontraron en los buscadores como PUB MED, REVISTA SCIELO, entre otros; asimismo, se aprovechan los diferentes estudios que permiten enriquecer y nutrir las revistas especializadas y enfocadas en el área de la salud. Además, se verificó los datos obtenidos a través de los estudios efectuados en Ecuador, para el presente análisis descriptivo relacionado con los factores que afectan la dimensión vertical.

Procedimiento de investigación

La elaboración del presente trabajo se diseñaron dos fases: una primera fase de indagación científica y una segunda fase clínica. En la primera fase se realizaron las búsquedas de las principales corrientes científicas usando las siguientes palabras claves como: adultos, factores, dimensión vertical, edéntulos totales, edéntulos parciales. Por medio, de la utilización de las palabras claves se tuvo acceso a una gran cantidad de artículos científicos y documentos, además, tomando en consideración los criterios de exclusión e inclusión se evaluaron de manera estricta en relación con el tema propuesto en el actual trabajo, mediante estos documentos definitivos con los que se trabajaría, a través de la revisión exhaustiva de cada uno de ellos, se obtendría otros artículos relacionados con el tema investigado.

Criterios de inclusión de la segunda fase La muestra de estudio estuvo representada por pacientes que acudieron a recibir atención en la clínica integral en la materia de Rehabilitación Oral Integral en el ciclo 2023-2025 CI. La inclusión de los pacientes a nuestra de estudio para lo cual se efectuó la siguiente metodología. Se solicitaron a la coordinación de Gestoría Curricular los permisos establecidos para la entrada a las diferentes clínicas de ROI durante el tiempo establecido y planificado para investigación.

En los pasillos de espera de los diferentes escenarios docentes de ROI se realizó una inducción sobre la investigación a todos los pacientes que acudían a la fecha para recibir algún tratamiento odontológico integral, en la cual se les comunicaba los objetivos de esta.

PROCESO DE SELECCIÓN DE PACIENTES ;CONSENTIMIENTO INFORMADO, ENTREVISTA.





De estar de acuerdo con los propósitos; los pacientes levantaron su mano y se les entregó el consentimiento informado a aquellos que respondieron afirmativamente a colaborar con la investigación.

DETERMINACIÓN DE LA DIMENSIÓN VERTICAL



Una vez que el paciente ingresa a la clínica y es ubicado correctamente en la unidad dental correspondiente, se les realizó una indagación sobre aspectos sociodemográficos y clínicos, para lo cual se utilizó la historia clínica 0.33 y una ficha de recolección de datos elaborada al efecto, previamente esta última validada por expertos del área.

A cada paciente se le determino la dimensión vertical, con el instrumento de medición seleccionado que en este caso fue el medidor de Willy.

INCREMENTO PROPORCIONAL DE LA DIMENSIÓN VERTICAL DISMINUIDA .

CASO 1



CASO 2

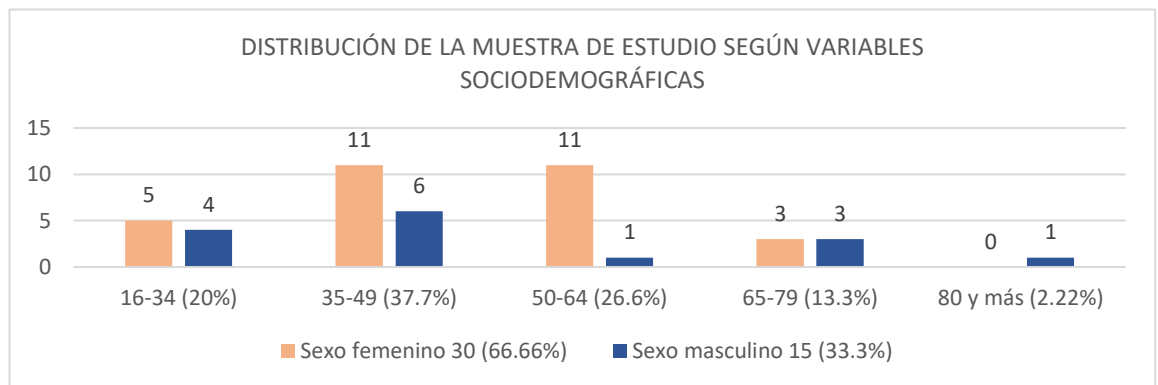


Se observaron las condiciones bucales y clínicas presentes en el momento del examen odontológico. Se le facilitó al estudiante operador encargado del caso, los valores de la dimensión vertical de reposo, así como los de dimensión vertical oclusiva a restablecer según cada caso. Los datos del examen clínico fueron vaciados en tablas utilizando el porcentaje como la medida.

Resultados

Gráfico 1

Distribución de la muestra de estudio según variables sociodemográficas.

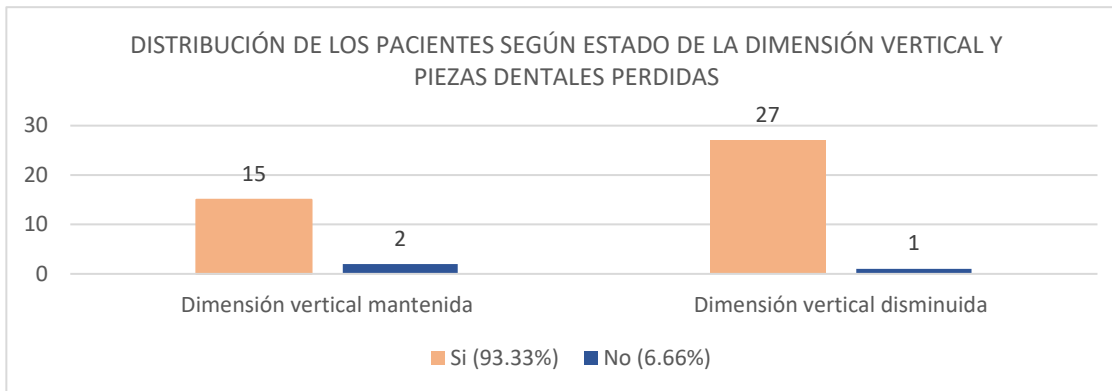


Fuente:

Ficha clínica 0.33. Elaboración Propia

Análisis: En el gráfico 1 se observa la distribución de la casuística según variables sociodemográficas donde los grupos etarios de 35- 49, 50-54 y el sexo femenino arrojaron los valores porcentuales más altos con 37.7, 26.6%.

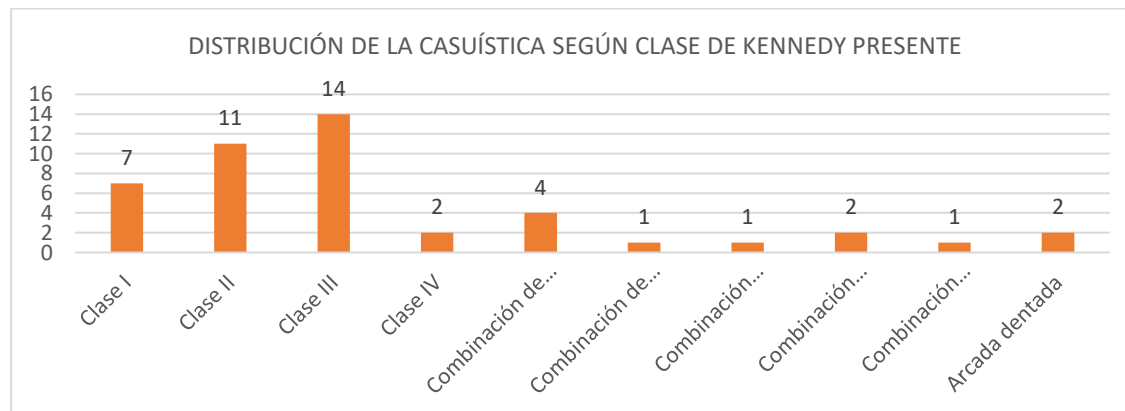
Gráfico 2 Distribución de los pacientes según estado de la dimensión vertical y piezas dentales perdidas.



Fuente: Ficha clínica 0.33. Elaboración Propia

En el gráfico 2 se observa que los valores porcentuales de piezas perdidas tanto en sexo masculino y femenino arrojó un 93.33% altos en correspondencia con el total de la muestra.

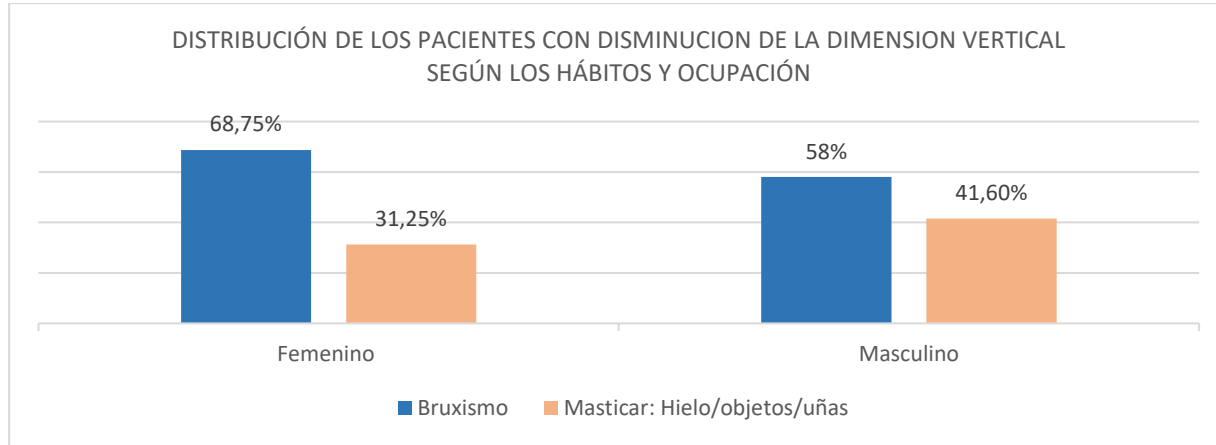
Gráfico 3 Distribución de la casuística según clase de Kennedy presente.



Fuente: Ficha clínica 0.33. Elaboración Propia

En el gráfico 3 se observa que solo 2 pacientes de la muestra que representan 4.44 % presentan todas las piezas dentarias, existiendo un mayor número de pacientes con edentulismo parcial superior e inferior donde las clases I, II y III de Kennedy fueron las más representadas.

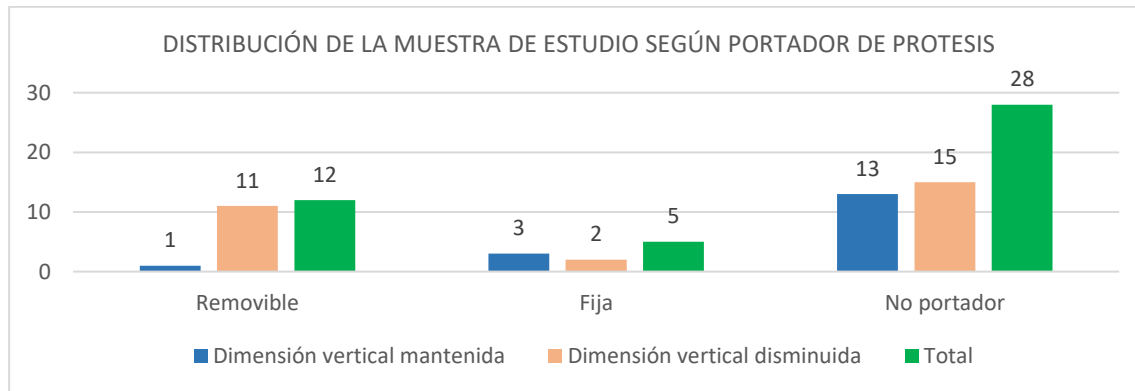
Gráfico 4 Distribución de los pacientes masculinos y femeninas con disminución de la dimensión vertical según los hábitos y ocupación.



Fuente: Ficha clínica 0.33. Elaboración Propia

El gráfico 4 muestra que el hábito de bruxismo arroja valores porcentuales por encima del 50 % en ambos sexos independientemente de la ocupación.

Gráfico 5 Distribución de la muestra de estudio según portador de prótesis.

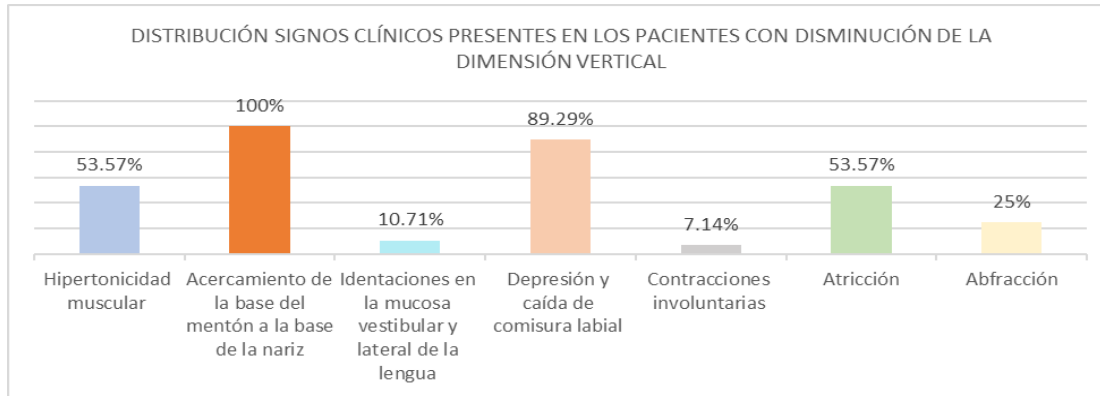


Fuente: Ficha clínica 0.33. Elaboración Propia

El gráfico 5 muestra que el 62,22% de los pacientes no son portadores de prótesis y aunque existen pacientes portadores de prótesis se observa que predomina el estado de dimensión vertical disminuida.



Gráfico 6 Distribución de signos clínicos presentes en los pacientes con disminución de la dimensión vertical



Fuente: Técnica entrevista Elaboración propia

El gráfico 6 muestra los signos presentes en pacientes con disminución de la dimensión vertical donde el 100% tuvo un acercamiento de la base del mentón a la base de la nariz., un 89.29 % presentaron depresión y caída de comisura labial seguido del 53.57 % de hipertonicidad muscular, este último valor porcentual coincide con el valor que la atricción obtuvo como signo clínico en las piezas dentarias.

Discusión

A pesar del carácter inclusivo de la salud en la actualidad muchas personas no pueden acceder a diferentes servicio médico-odontológicos especializados debido al costo de dichos tratamientos. En nuestra facultad de odontología centro de salud publico permite que muchos pacientes sean atendidos independientemente de su estrato social y lugar de residencia. En nuestra investigación las féminas tienen una mayor representatividad siendo este género igualmente el más representado en el grupo de la muestra de estudio que no reciben remuneración y a pesar de ello acuden en busca de tratamientos odontológicos en nuestra facultad. Estudios científicos publicados afirman que los valores porcentuales del género femenino con relación a la asistencia de estas a centros de salud para tratamientos odontológicos son siempre superiores al género masculino pues la búsqueda de estética y función son las motivaciones principales de las mismas. Por ello al realizar estudios de campo donde se incluyen a poblaciones y variables demográficas



se analizan la significancia o relaciones entre ellas coincidiendo con estudios como los de (1) y (2).

Durante el proceso de valoración de un paciente tanto en la práctica odontológica en general como en la especialidad de rehabilitación oral en particular, la dimensión vertical oclusiva es uno de los primeros parámetros en ser establecidos, su determinación es una fase importante en la etapa de diagnóstico y en la posterior planificación del tratamiento procurando establecer relaciones estéticas y funcionales del maxilar y la mandíbula en los tres planos del espacio, siendo la presencia o no de piezas dentarias un factor importante en la estabilidad de la misma (3).

Existen situaciones en donde el paciente a pesar de mantener sus piezas dentarias las mismas presentan desgaste generalizado o no existe relaciones oclusales por la ausencia de antagonistas. Todo lo anterior expuesto fueron condiciones bucales que encontramos en nuestra casuística donde se identificó que el 93.33% del total de la muestra presentó pérdidas de piezas, estos resultados se encontraron tanto en el género masculino y femenino el motivo más frecuente de las pérdidas dentarias fueron consecuencias de tres factores importantes. Morbilidad dental como es la caries, enfermedad periodontal y traumatismo. Los dientes debido a estos factores se vuelven frágiles y propensos a fracturas, a consecuencia de estos imposibilita conservarse en boca y será necesario extraerlos contribuyendo a subir los niveles pérdida dentaria y a su vez a una disminución de la dimensión vertical los anteriores hallazgos son coincidentes con diversos estudios científicos como el de (4). Estos autores también hacen referencia a que cuando hay pérdida de dientes posteriores por diferentes tipos de factores, la ausencia de soporte dental posterior altera el equilibrio de la unidad funcional. Esto somete a la articulación temporomandibular a presiones y movimientos descompensados, acelerando el proceso de remodelación. La falta de una oclusión compartida adecuadamente es una de las principales causas de la reabsorción ósea, especialmente en personas de edad avanzada.

En todo edéntulo parcial, la pérdida de piezas dentarias afecta de manera adversa al sistema estomatognático, la clasificación de arcadas de Kennedy es un sistema ampliamente utilizado en la práctica odontológica para describir los patrones de edentulismo parcial en los maxilares. Esta



clasificación, propuesta por Edward Kennedy en 1925, se basa en la ubicación y el número de dientes ausentes en relación con las áreas edéntulas bilaterales. En todo edéntulo parcial, la pérdida de piezas dentarias afecta de manera adversa al sistema estomatognático, reflejándose en una alteración de las relaciones oclusales, del componente neuromuscular, y muchas veces con repercusiones graves en la articulación temporomandibular, pudiendo estar acompañado de manifestaciones clínicas, como la presencia de dolor. Asimismo, las estructuras orales remanentes pueden sufrir modificaciones de posición y contorno. En los pacientes estudiados por (6) haciendo referencia al reborde edéntulo encontraron que las clases más predisponentes fueron clase I y II, mientras que en nuestro estudio el edentulismo posterior superior o inferior es decir clases puras I y III estuvieron con un mayor porcentaje y respectivamente así como se presentaron pacientes con combinaciones de diferentes clases de Kennedy en la arcada superior con relación a la arcada inferior, pero como dato común es que los primeros molares y segundos molares inferiores fueron las piezas que se perdieron prematuramente en todos los pacientes entrevistados. Estos datos son coincidentes con estudios de (7).

La categoría ocupación con relación al género mostró diferentes profesiones siendo los hábitos de bruxismo y el de masticar hielo/objetos/uñas, así como las amas de casa en el género femenino, los carpinteros, albañil y maestro de obra en el género masculino las profesiones que arrojaron mayores valores porcentuales en la muestra de estudio.

En la literatura es muy común encontrar diferentes términos relativos al acto de rechinar y apretar los dientes. Muchas veces, algunos de ellos se utilizan erróneamente como sinónimos. Tal es el caso de bruxismo, bruxismo en céntrica, bruxismo en excéntrica, bruxismo nocturno, bruxismo diurno, bruxomanía, parafunción, apretamiento dentario, rechinamiento dentario, parasomnia, etc. (8) Se define la parafunción como una actividad del sistema que carece de objetivos funcionales. El acto de apretar y rechinar los dientes, conocido como bruxismo, se clasifica en dos tipos: bruxismo céntrico (apretar) y bruxismo excéntrico (rechinar) (9).

Según una revisión realizada por Kato, Thie, Montplaisir y Lavigne en 2001, el bruxismo se define como una actividad parafuncional oral que puede ocurrir tanto en estado de vigilia como durante el sueño. Este trastorno se clasifica en dos categorías: bruxismo primario y bruxismo



secundario. El bruxismo primario, también conocido como idiopático, se refiere al apretamiento de dientes durante el día o el bruxismo del sueño sin que haya causas médicas identificables. Por otro lado, el bruxismo secundario, denominado "iatrogénico" por los autores, está asociado a problemas neurológicos, psiquiátricos, trastornos del sueño o el uso de ciertos medicamentos.

Según la opinión del autor, tras revisar la literatura existente, el acto de apretar y rechinar los dientes puede tener causas conocidas o desconocidas, y puede ocurrir tanto durante el día como durante la noche. Esto da lugar a la clasificación en bruxismo diurno y nocturno. Es crucial diferenciar estos tipos al diagnosticar bruxismo, ya que el bruxismo nocturno, considerado una parasomnia, requiere un tratamiento diferente al bruxismo diurno. Dependiendo de las características clínicas específicas, el bruxismo se presenta de diversas formas, principalmente en adultos, y debe distinguirse del desgaste fisiológico normal en esta población. Es fundamental medir la dimensión vertical en cualquier rehabilitación protésica, ya que una incorrecta puede provocar disfunciones temporomandibulares, causando cefaleas, migrañas y las llamadas otitis falsas. Estos síntomas suelen ser atendidos inicialmente por médicos generales, neurólogos, psicólogos o fisiatras, debido a que el dolor similar a una otitis media crónica es en realidad resultado de la compresión de las estructuras nerviosas de la articulación temporomandibular y el disco articular. Diversos autores como lo son (10) (11) confirman que el bruxismo condiciona directamente a una alteración de la dimensión vertical, por lo que la identificación y diagnóstico temprano de una alteración de la dimensión vertical permitirá un tratamiento oportuno de acuerdo con las condiciones de cada paciente (9).

En el gráfico 5 se muestra la distribución de pacientes según el estado de la dimensión vertical y el uso de prótesis dental. El mayor porcentaje de los pacientes se encontró en la categoría no portador de prótesis donde la disminución de la dimensión vertical arrojó los mayores valores porcentuales en ambos géneros en la literatura científica se hace referencia a la importancia del uso de prótesis por los beneficios estéticos y funcionales que proporciona la misma al restablecer la masticación fonación y estética. En el presente estudio existieron pacientes que portaban prótesis removible parcial y fija, pero a pesar de mantenerse con sus prótesis en el momento de la consulta los pacientes presentaron disminución de la dimensión vertical.



En la evidencia científica como en el estudio realizado por los siguientes autores (5) . Se encontró que la dimensión vertical oclusal podía disminuir por diferentes factores como el tiempo de uso protésico, el desgaste de las prótesis removibles acrílicas, así como la reabsorción ósea de los rebordes residuales subsecuente a la pérdida de piezas dentarias, al igual que otros factores agravantes como hábitos o enfermedades como la osteoporosis es por ello que muchos pacientes acuden al odontólogo buscando la renovación del tratamiento protésico después de varios años de uso sin control. Coincidiendo estos resultados con los obtenidos en la presente investigación.

Estudios como el de (12) afirman que los pacientes suelen visitar la consulta odontológica después de haber perdido una parte significativa de su dentadura, o al momento en que ya no se sienten cómodos con sus prótesis dentales, lo que reduce la dimensión vertical (DV) y afecta tanto su función como su estética.

Los signos de una alteración de la dimensión vertical pueden ser muy variables desde desgaste de las superficies oclusales, fracturas dentarias, hipertrofia de los músculos maseteros, cefalea frecuente, dolores cervicales y trastornos del sueño. En este estudio los cambios en los tejidos blandos específicamente a nivel de las comisuras de los labios propiciados por la disminución del tercio inferior que se expresó clínicamente por el acercamiento del mentón a la base de la nariz mostraron los mayores valores porcentuales siendo dos signos que están presente en muchos estudios a nivel internacional y nacional por lo que nuestros resultados son coincidentes con los artículos publicados en diferentes revistas y publicaciones científicas de tales autores como(13), (14), (3)..El trauma a nivel del sistema masticatorio que se manifestó con la atricción y abfracción presente en la muestra de estudio da como resultado un contacto oclusal anormal, el uso de prótesis dentales defectuosas, así como del edentulismo presente por lo que acompañado de hábitos parafuncionales generan contactos oclusales excesivos, mal oclusión, patrones unilaterales de masticación, lo cual propicia la disminución del soporte periodontal y la consecuente pérdida de piezas dentales. La etiopatogenia planteada anteriormente es descrita por muchas investigaciones como las de (15), (16,17).

Como resumen del estudio se puede afirmar que los métodos descritos y técnicas, así como las variables utilizadas como la edad, el género u otras utilizadas en otros estudios como el biotipo facial y la etnia deben ser tomadas en cuenta antes de ser aplicadas a cada paciente.

Conclusiones

Los hábitos, el edentulismo presente en las arcadas, la morfología dentaria y su relación antagonista son factores que condicionan las variaciones de la dimensión vertical, independientemente del sexo y el grupo etario donde se presente.

Las variaciones en la altura del tercio inferior de la cara condicionada por la función de la musculatura y estructuras presentes en cada persona determinarán las características clínicas en pacientes con alteración de la dimensión vertical, así como los procedimientos clínicos y el diseño de la aparatología a realizar.

Recomendaciones

Divulgar los resultados científicos de la presente investigación a estudiantes y profesionales de las ciencias odontológicas para incentivar el desarrollo y ejecución de estudios clínicos en la población ecuatoriana que establezcan parámetros que determinen la proporción estándar a base de mediciones antropométricas o cefalométricas que indiquen la armonía de sus elementos y así contribuyan como parámetros guías para la valoración de la dimensión vertical.

Referencias

1. Montaña V, Armas A, Dourado A, Salazar M. Restablecimiento oclusal mediante procedimientos multidisciplinarios. Redalyc.org. 2020; LVII(1): p. 1-10.
2. Tingo E. Repositorio UG. [Online].; 2020.. Disponible en: [HYPERLINK "https://repositorio.ug.edu.ec/items/6e1ae502-2804-4a26-a8ff-86c3d0283d56"](https://repositorio.ug.edu.ec/items/6e1ae502-2804-4a26-a8ff-86c3d0283d56)
<https://repositorio.ug.edu.ec/items/6e1ae502-2804-4a26-a8ff-86c3d0283d56> .
3. Espinosa C, Iribarra R, González H. Métodos de evaluación de la Dimensión Vertical Oclusal. SciELO. 2018; XI(2).



4. Rojas P, Mazzini M, Romero K. Pérdida dentaria y relación con los factores fisiológicos y. Dominio de las Ciencias. 2017; III(2): p. 702-718.
5. Huamani J, Huamani J, Alvarado S. Rehabilitación oral en paciente con alteración de la dimensión vertical oclusal aplicando un enfoque multidisciplinario. SciELO. 2018; XXVIII(1): p. 44-55.
6. Gómez M, Altamirano R, Kulgawczuk O, Christiani J. [Online].; 2002.. Disponible en: HYPERLINK "https://med.unne.edu.ar/wp-content/uploads/2022/06/2022_21.pdf"
https://med.unne.edu.ar/wp-content/uploads/2022/06/2022_21.pdf .
7. Bravo F. Repositorio UG. [Online].; 2019.. Disponible en: HYPERLINK "<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/40055/1/BRAVOfabian.pdf>"
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/40055/1/BRAVOfabian.pdf> .
8. Barragán M, Viveros C, Garzón H. Alteración de la dimensión vertical: Revisión de la literatura. Revista Estomatológica. 2020; XXVII(2): p. 27-37.
9. Zambra F, Rodríguez A. Bruxismo. AVANCES EN ODONTOESTOMATOLOGÍA. 2003; XIX(3): p. 123-130.
10. Espinosa A, Díaz S, Díaz M, Ramos M, Díaz I, Puerto T. Registro cefalométrico de la dimensión vertical oclusiva en pacientes bruxópatas con trastornos temporomandibulares. SciELO. 2021; XXV(6).
11. Acosta M, Montaña V, Félix J, Armas A, Vizcaíno E. Rehabilitación oral en dientes que poseen atrición y corrección de dimensión vertical. Revista San Gregorio. 2021; I(47): p. 233-246.
12. Aiello R. Last dental visit and severity of tooth loss a machine learning approach. BMC Res Notes. 2023; XVI(347): p. 1-7.
13. Gaete M, Muñoz M. Método Craneométrico de Knebelman: Modificación clínica para simplificar la determinación de la Dimensión Vertical Oclusal. Redalyc. 2019; XII(1): p. 27-30.



14. Goldstein G, Goodcare C, MacGregor K. Occlusal Vertical Dimension: The consensus of good scientific evidence. Official journal of the American College of Prosthodontists. 2021; XXX(1): p. 12-19.
15. Valenzuela M. Factores etiológicos relacionados con la disfunción de articulación temporomandibular. Odontología Vital. 2019; I(30): p. 21-30.
16. Sosa D, Ubilla W. Consecuencias anatómicas y funcionales de la masticación unilateral en el sistema estomatognático. Especialidades Odontológicas UG. 2024; VII(1): p. 1-15.
17. Freitas A, Falcón R, Oliveira E, Passos E, Martins E. El sistema masticatorio y las alteraciones funcionales consecuentes a la pérdida dentaria. Acta odontol. venez. 2008; XLVI(3): p. 375-380.